



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA



ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELOS
CONSELHEIROS DOS MUNICÍPIOS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ:
REGISTROS E PERCEPÇÕES

João Pessoa – PB

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA



ACAAHI CEJA DE PAULA DA COSTA

**ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELOS
CONSELHEIROS DOS MUNICÍPIOS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ:
REGISTROS E PERCEPÇÕES**

João Pessoa – PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C838a Costa, Acaahi Ceja de Paula da.

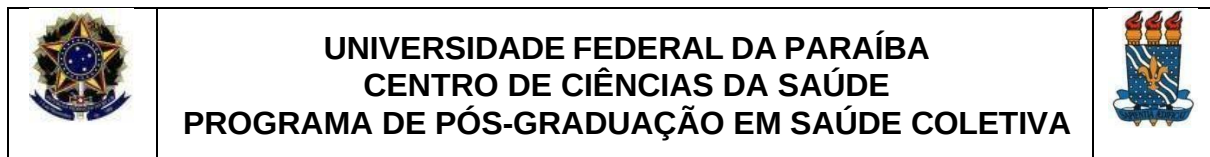
Análise da fiscalização da execução das ações de saúde pelos conselheiros dos municípios da planície litorânea do Piauí : registros e percepções / Acaahi Ceja de Paula da Costa. - João Pessoa, 2023.
135 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde pública. 2. Conselhos municipais de saúde.
3. Fiscalização - Ações de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)



FICHA DE AVALIAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA : Acaahi Ceja de Paula Costa MATRICULA: 20211029381

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELOS CONSELHEIROS DOS MUNICÍPIOS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ: registros e percepções

DATA DO EXAME: 20/12/2013 HORA:14:00 h LOCAL:Sala on lin do Google Meet

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:

MEMBROS – BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	ASSINATURA
Luciano Bezerra Gomes	UFPB	 Documento assinado digitalmente LUCIANO BEZERRA GOMES Data: 09/02/2024 16:02:19-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Pedro José Santos Carneiro Cruz	UFPB	 Documento assinado digitalmente PEDRO JOSE SANTOS CARNEIRO CRUZ Data: 29/02/2024 17:21:45-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Frederico Viana Machado	UFRGS	 Documento assinado digitalmente FREDERICO VIANA MACHADO Data: 15/02/2024 10:32:52-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

A banca Examinadora, em análise dos seguintes aspectos atinentes a apresentação do Trabalho Final da pesquisa de mestrado e procedida a arguição pertinente ao trabalho, teve como PARECER O SEGUINTE:

A mestranda realizou apresentação dentro do tempo estipulado, com segurança e precisão na exposição. No debate, os integrantes da banca avaliadora identificaram avanços em relação aos aspectos que haviam sido problematizados na realização da pré-banca, considerando que as fragilidades que haviam sido identificadas naquele momento foram superadas. Indicaram que o trabalho realizado pela discente em sua dissertação é relevante, atual, inovador e merece ser divulgado, pela sua capacidade de contribuir com o debate acadêmico e com as necessárias reflexões junto às instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde. Após a arguição, os avaliadores se reuniram em sala secreta com o presidente da banca e orientador do trabalho e, em seguida, apresentaram para a discente a avaliação da banca. Neste momento, foi indicado que a banca deliberou que o Trabalho da Mestranda estaria:

(X) Aprovado () Reprovado () Insuficiente

Assinatura do orientador: _____

João Pessoa, 20 de dezembro de 2023

ACAAHI CEJA DE PAULA DA COSTA

**ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELOS
CONSELHEIROS DOS MUNICÍPIOS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ:
REGISTROS E PERCEPÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Luciano Bezerra Gomes

João Pessoa/PB
2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos conselheiros de saúde do Estado do Piauí, em particular aos conselheiros da Planície Litorânea e a secretária executiva do Conselho Estadual de Saúde, Ivone Alves Carreiro, pois sem a contribuição deles esse trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

O meu processo seletivo para o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba inicia-se em um momento conturbado, em meio a pandemia de COVID-19. Nesse processo, tive o apoio e colaboração de pessoas incríveis e sem a existência delas eu não teria conseguido. Inicialmente, gostaria de agradecer ao Amíri, pois a sua vida desde o meu ventre me mostrou possibilidades de caminhos e de lutas que antes eu não acreditava ou não achava possível alcançar. Gostaria de agradecer ao Hygor, companheiro de vida, que sempre me apoia e acredita no meu potencial.

O tema da dissertação se deve aos vários aprendizados que tive no Conselho Municipal de Saúde de Parnaíba e, posteriormente, no Conselho Estadual de Saúde do Piauí. Assim, gostaria de agradecer ao professor Flávio Furtado de Farias, atual presidente do Conselho de Saúde de Parnaíba e um dos incentivadores para eu ingressar no mestrado, que contribuiu com críticas valiosíssimas no projeto de pesquisa que submeti na época da seleção. Gostaria também de agradecer a Maria Elizabeth Queiroz Fernandes, que sempre me acolheu e se tornou uma amiga no caminho da participação social do SUS, principalmente na Comissão de Educação Permanente.

No processo do mestrado, ir para João Pessoa-PB para pagar uma única disciplina presencial não foi fácil. Mesmo com todo o apoio familiar e condições econômicas mínimas de me manter sem bolsa com um filho de dois anos, não foi fácil. Entretanto, foi neste momento que percebi o que realmente são as lutas cotidianas das mulheres em estudar, trabalhar, cuidar dos serviços domésticos e dos filhos.

Talvez a minha compreensão ainda esteja distante da realidade das companheiras de luta que estão em condição de pobreza, pois nasci em uma família de classe média e permaneço nessa condição, que me permitiu acesso a Pós-graduação, oportunidade ainda distante para centenas de milhares de brasileiras. Compreendi, assim, a urgência da luta ao direito a creche em tempo integral, restaurantes populares, transporte público de qualidade e com maior acessibilidade, bolsa permanência na graduação e na pós-graduação, entre tantos outros direitos que ainda são negados às brasileiras e aos brasileiros.

Nesse prisma de lutas, quero agradecer ao professor Pedro Cruz que nos possibilitou compreender os caminhos possíveis de transformação através da

Educação Popular em Saúde. Gostaria de agradecer ao professor Wilton Padilha, pelas discussões riquíssimas sobre o materialismo histórico-dialético e a epidemiologia, nos colocando em contato com temas desafiadores, complexos, mas que são passíveis de transformações. Aproveito o momento para agradecer a uma aula na disciplina do professor Wilton que convidou a professora Cristiane Lopes Simão Lemos e que a partir de um comentário feito por ela que me gerou incômodo, me despertou para outros olhares relacionados ao tema da pesquisa. Esse incômodo foi fundamental para desencadear outros processos analíticos para a compreensão dos conselhos de saúde. Agradeço também a professora Juliana Sampaio que ministrou aulas com temas incríveis relacionados a saúde coletiva, nos mostrando de forma crítica as contradições e nos instigando a pensar caminhos possíveis.

No percurso desse trabalho, gostaria de agradecer ao professor João Benvindo pelas reflexões e dicas sobre a Análise do Discurso de Michel Pêcheux. Gostaria de agradecer a Kamilla Andrade, amiga que a pós-graduação me deu, me encorajando, apoiando e ajudando nos momentos tortuosos desse processo de pesquisa. Obrigada também ao Jonathan Morais, Mateus Osório, Caio Alverga e a Cadi Dabo, amigos e amiga que o mestrado me proporcionou. Agradeço também ao meu orientador Luciano Bezerra por ter contribuído com essa pesquisa e por ter abraçado o tema.

RESUMO

Os conselhos de saúde têm importância fundamental no processo participativo nas elaborações das políticas públicas e fiscalizações das ações de saúde. Neste sentido, o presente estudo tem a seguinte pergunta norteadora: como os membros dos Conselhos de Saúde da Planície Litorânea do Piauí exercem o papel de fiscalização da efetivação das ações de saúde de seus respectivos municípios? Dessa forma, um dos objetivos foi de analisar como os conselhos municipais de saúde da Planície Litorânea piauiense desempenham o papel de fiscalização na execução das ações de saúde de seus respectivos municípios. Para atingi-lo, utilizou-se como percurso metodológico a pesquisa de campo, cujo corpus foi composto por seis entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado, aplicado aos conselheiros de saúde dos municípios da Planície Litorânea do Piauí. Para a análise das entrevistas, pautou-se na análise do discurso de Michel Pêcheux, considerando as categorias de discurso, posição-sujeito, interdiscurso, condições de produção. Além da pesquisa de campo, utilizou-se também a pesquisa documental para acrescentar elementos para a apreciação das entrevistas. Dentre os resultados, destacam-se casos de conselheiros representantes dos usuários, mas que são indicados pela gestão; os que não percebem efetividade na atuação enquanto fiscalizadores; os instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) não são de conhecimento dos conselheiros e o instrumento de fiscalização usado é o livro balancete-contábil; todos os entrevistados solicitaram "capacitações"; relataram que não sentem proximidade com o conselho estadual e nacional de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Conselhos. Fiscalização. SUS

ABSTRACT

The health councils play a fundamental role in the participatory process of shaping public policies and overseeing health actions. Titled "Analysis of the Oversight of Health Actions Execution by Council Members of Municipalities in the Coastal Plain of Piauí: Records and Perceptions," this study aims to answer the guiding question of how members of the Health Councils in the Coastal Plain of Piauí exercise their oversight role in implementing health actions in their respective municipalities. One of the objectives is to analyze how municipal health councils in the Coastal Plain of Piauí carry out oversight in the execution of health actions in their municipalities. The methodological approach involved field research with a corpus composed of six interviews guided by a semi-structured script applied to health councilors of municipalities in the Coastal Plain of Piauí. The analysis of the interviews was based on Michel Pêcheux's discourse analysis, considering categories such as discourse, subject-position, interdiscourse, and production conditions. In addition to field research, documentary research was also used to add elements to the interview analysis. Results highlight cases of councilors representing users but being appointed by the management, a lack of perceived effectiveness in their oversight role, limited knowledge of management instruments such as the Municipal Health Plan (MHP), Annual Health Programming (AHP), and Annual Management Report (AMR), with the use of the financial statement book as the primary oversight instrument. All interviewees requested training, reported a lack of proximity to the state and national health councils.

Keywords: Health. Councils. Oversight. SUS (Unified Health System).

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa da Planície Litorânea do Estado do Piauí.....	42
Figura 02 – Fases da Análise do Discurso de Eni Orlandi (1999).....	48
Figura 03 – Ciclo orçamentário e planejamento do SUS.....	86
Figura 04 – Compatibilização dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde e dos instrumentos de planejamento e orçamento de governo.....	89
Figura 05 – Síntese da ordem de elaboração e efetivação para execução orçamentária.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Síntese dos conselheiros(as) entrevistados na pesquisa.....	44
Quadro 2 –	Síntese das principais informações dos entrevistados.....	60
Quadro 3 –	Síntese da principal motivação de cada entrevistado.....	64
Quadro 4 –	Relação dos municípios que a gestão apresentou o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) específico da saúde no ano de 2023.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Análise do Discurso
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CES-PI – Conselho Estadual de Saúde do Piauí
CIB-PI – Comissão Intergestores Bipartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PET-Saúde – Programa de Educação para o Trabalho em Saúde Interprofissional
PET-Turismo – Programa de Educação Tutorial de Turismo
PI – Piauí
PMS – Plano Municipal de Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PROEXT – Programa Nacional de Extensão Universitária
PS – Plano de Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RQPC – Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas
SAGE – Sala de Apoio e Gestão Estratégica
SargSUS – Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SiSU – Sistema de Seleção Unificado
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD – Territórios de Desenvolvimento
UFDFPar – Universidade Federal do Delta do Parnaíba
UFPI – Universidade Federal do Piauí
PNPS – Política Nacional de Participação Social

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO15

1 INTRODUÇÃO21

2 REFERENCIAL TEÓRICO27

2.1 Participação na Saúde27

2.2 Participação e controle social: quais são os desafios atuais?28

2.3 Análise Materialista do Discurso de Michel Pêcheux33

2.3.1 A língua e o discurso na Análise do Discurso34

2.3.2 Condições de produção e interdiscurso (memória discursiva)35

2.3.3 Posição-sujeito38

2.3.4 Papel do Analista do Discurso39

3 CAMINHO METODOLÓGICO40

3.1 Tipo da pesquisa40

3.2 Local, contexto e participantes da pesquisa41

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão45

3.3 Técnica de coleta dos dados45

3.3.1 Pesquisa documental45

3.3.2 Pesquisa de Campo46

3.5 Processamento e análise dos “fatos”47

3.6 Aspectos éticos da pesquisa49

4 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS51

4.1 Caracterização dos conselhos municipais de saúde52

4.1.1 Condições institucionais dos conselhos de saúde52

4.1.2 Experiência e motivação dos conselheiros60

4.2 Participação nos conselhos de saúde64

4.2.1 Saúde: direito ou caridade?66

4.3 Noção de democracia nos conselhos de saúde69

4.3.1 A noção de democracia do segmento usuários do SUS70

4.3.2 A noção de democracia para o segmento gestor e trabalhador do SUS75

4.3.3 Orçamento dos conselhos77

4.4 Dependência, submissão e autonomia dos conselhos78

4.5 Os instrumentos de gestão como ferramentas para as práticas de fiscalização86

4.5.1 Instrumentos que orientam o trabalho dos conselheiros de saúde92

4.5.2 Acompanhamento orçamentário e financeiro desempenhado pelos conselheiros98

4.5.3 O balancete como prestação de contas102

4.5.4 Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS)104

4.5.5 Apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG)106

4.5.6 Educação Permanente para a Participação Comunitária no SUS108

4.6 Reflexões sobre o percurso da pesquisa111

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS119

Referências Bibliográficas122

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba é produto de um desejo de compreender as experiências na área da Participação Social em Saúde no município de Parnaíba.

Parnaíba é um município banhado pelo rio Igarçu, sendo a segunda maior cidade do Estado do Piauí, porta de entrada para o único delta das Américas, chamado Delta do Parnaíba. Esta região é rodeada de praias e igarapés, rica em fauna e flora, com comunidades ribeirinhas, de pescadores e catadores de caranguejo, marisqueiras, artesãos e agricultores. Dos onze municípios que compõem a Planície Litorânea do Piauí, Parnaíba é referência em saúde, educação, comércio, entre outros serviços (Brasil-CODEVASF, 2006).

O ambiente diverso da cidade de Parnaíba proporcionou-me ricas experiências acadêmicas. Nos percursos dos cursos de graduação, tive a oportunidade de contato com diferentes realidades, propondo-me desafios na extensão universitária e nos movimentos sociais. Em projetos de extensão, particularmente, estive com catadores de caranguejo, pescadores e comunidades do litoral do Piauí e do Delta do Parnaíba, analisando e aprendendo através da pesquisa-ativa, economia solidária, feiras populares, cultura, mobilização e participação social.

Em 2010, por meio do Sistema de Seleção Unificada (SISU), iniciei na Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Reis Velloso, o curso de Ciências Econômicas. Por mais que o curso fosse um dos mais antigos do Campus, não era, a meu ver, o mais dinâmico, engajado e proponente de discussões tão necessárias e urgentes que nos engajassem no processo de reflexão, crítica e mobilização social. Após várias insistências em participar ou criar grupos de pesquisa e extensão nas áreas da economia, percebia que os professores do curso não tinham interesse.

Comecei a procurar processos seletivos de pesquisa e extensão nos cursos de Administração e Contabilidade, entretanto sem sucesso de continuidade, pois para os professores era mais interessante manter estudantes desses cursos nos projetos. Em outubro de 2010, prestei o processo seletivo para a bolsa do Programa Educação Tutorial (PET) do curso de Turismo e iniciei minhas descobertas sobre a Área de Proteção Ambiental e Reserva Extrativista Delta do Parnaíba.

Foram momentos de aprendizado e descobertas muito importantes, principalmente conhecer e dialogar sobre temas relacionados ao turismo ecológico e comunitário. Entretanto, após a saída da tutora que deu vida ao Programa, percebíamos algumas disputas internas do curso de Turismo relacionadas ao PET. Assim, no segundo semestre de 2012, despedi-me do Programa Educação Tutorial Turismo.

Durante esse percurso, fui apresentada à extensão universitária por intermédio do Programa Nacional de Extensão Universitária (PROEXT). Naquela ocasião, desenvolvemos o projeto "Laços de Cidadania no Litoral do Piauí". Nessa etapa inicial, almejávamos estabelecer uma rede solidária para o pescado entre os municípios de Luís Correia, Parnaíba, Ilha Grande do Piauí e Cajueiro da Praia, com o propósito de favorecer os pescadores na comercialização de seus peixes, conferindo-lhes um valor agregado mais elevado. Isso eliminaria a necessidade de vender a preços reduzidos para os "atravessadores". Assim, os pescadores teriam a oportunidade de negociar diretamente com restaurantes, estabelecimentos comerciais e supermercados, preservando o valor intrínseco do produto.

Em 2014, culminei minha jornada acadêmica em Ciências Econômicas com a apresentação do meu Trabalho de Conclusão de Curso, que delineava de forma inicial um diagnóstico dos pescadores artesanais no município de Cajueiro da Praia, pois era o único município que não aderiu aos encontros do projeto Laços de Cidadania.

Financiando minha pesquisa por meio da bolsa de extensão, adentrei no município utilizando o transporte dos estudantes locais, que diariamente percorriam mais de 60 quilômetros para estudar em Parnaíba e retornar. Durante essa incursão, encontrei acolhimento na residência das minhas amigas Neneca e Ivana, por intermediação realizada pela saudosa amiga Claudinha (*in memorian*). Com o auxílio de Neneca e Claudinha, conduzimos entrevistas e aplicamos questionários com mais de 80 pescadores artesanais, proporcionando uma compreensão mais rica e abrangente da realidade local.

Sem abertura e interesse público para realizar parcerias com as secretarias dos municípios de Ilha Grande do Piauí, Parnaíba, Luís Correia e Cajueiro da Praia, a proposta de fazer a rede solidária do pescado não progrediu. Com o tensionamento dos participantes do projeto Laços de Cidadania Litoral do Piauí pelo Movimento Nacional dos Pescadores e Pescadoras Artesanais do Brasil, o projeto ganhou novas

perspectivas em 2013 e 2014, sendo realizadas feiras para a venda de pescado, artesanatos e culinária desse público.

Em 2015, o projeto Laços de Cidadania passa por reconfiguração e estabelece o estacionamento da Universidade Federal do Piauí em Parnaíba o embrião da feira “Laços de Cidadania” que ocorre atualmente a cada 15 dias, com barracas estruturadas, com mesas e cadeiras, atendendo aos artesãos, pescadores, marisqueiras da cidade de Parnaíba e região, com o apoio logístico e de infraestrutura da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

Entretanto, por mais que todos esses anos eu tentasse sentir, descobrir e redescobrir como era “viver a universidade”, algo me faltava e sem um objetivo aparente, no final do ano de 2014, fiz o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Dentre as opções de cursos oferecidos pela UFPI, Campus de Parnaíba, Psicologia destacava-se como uma alternativa que, em algum momento da adolescência, havia contemplado. Em abril de 2015, recebi a notícia de que fui aprovada no curso de Psicologia, trilhando um caminho que culminou em minha formação em 2020.

Os estágios básicos e profissionais do curso de Psicologia possibilitaram-me aproximação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), inserindo-me na atenção primária e secundária à saúde, trabalhando com os profissionais e conhecendo o território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), dispositivos que nos desafiaram de diferentes formas, sendo uma delas a comunicação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Partindo deste desafio, devido ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, aprendi mais sobre comunicação entre as equipes de saúde, trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, além do trabalho em equipe e colaborativo entre os estudantes dos cursos de Psicologia, Fisioterapia e Medicina, com o objetivo de nos sensibilizar quanto às práticas e ao cuidado integral.

Segundo Sousa *et al.* (2020), existe uma convicção de que é possível superar o modelo hegemônico de graduação para produzir cuidado integral através da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Educação Interprofissional, a partir das práticas concretas dos profissionais junto aos sujeitos. Desta maneira, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) possibilitou caminhos e contribuiu no nosso exercício de ler processos a partir de uma lente antimanicomial. Na atenção básica, percebi a importância do território, dos indivíduos e da comunidade, despertando nosso olhar

para a necessidade de promover educação em saúde, participação dos usuários nas decisões do cuidado em saúde, discussões sobre controle social e a recuperação da história do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessas experiências, percebi semelhança com o que Lemes Rojas *et al.* (2019) apresentam em seu trabalho intitulado “Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde” pois, segundo esses autores, a aproximação, a participação dos usuários na idealização, o fortalecimento e o controle social do SUS possibilitam e incentivam as relações educativo-afetivas, tornando-se fundamentais no processo da EPS.

Assim, à medida que nos aproximávamos dos usuários no CAPS II, nos grupos terapêuticos ou nas UBS, seja no grupo de idosos, gestantes ou público em geral, trocando conhecimentos relacionados ao cuidado, à saúde mental e debatendo sobre políticas públicas, cidadania, participação social, os espaços de saúde nos permitiram ir além do lugar que oferta procedimentos curativos, dando forma a “novas características no ambiente político-educativo e ensino aprendizagem” (Lemes Rojas *et al.*, 2019, p. 316).

Quando estivemos em campo nas UBS e no CAPS II, no processo de aprendizagem do estágio, percebemos o quanto a EPS é importante na construção e cotidiano do trabalho em saúde. À medida que compreendemos a Educação Permanente em Saúde, entendemos a rotina como lugar do novo, acolhida de desafios e substituição de padrões de trabalho e ações por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e de escuta qualificada e sensível à diversidade do país (Brasil-MS, 2014).

Dessa forma, a partir das diretrizes para a Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2014), percebemos a educação como um processo libertador, pois educar e ser educado por este prisma deve ser um método emancipatório e não mecânico, gerando um tensionamento para enfrentar problemas, afetar-se às situações cotidianas e entender-se enquanto sujeito transformador do conhecimento e do contexto social em que está inserido. Este entendimento de reconhecer-se como sujeito de capacidade educativa transformadora, corrobora na mudança de práticas de cuidados dos agentes da saúde e para a recuperação do controle social ativo e forte no SUS (Lemes Rojas *et al.*, 2019).

Em 2015, eu participava esporadicamente das atividades promovidas pelo Coletivo Feminista Mulheres em Pauta. No entanto, diante da constatação dos

ataques sistemáticos às universidades, evidenciados pela redução de investimentos em pesquisa e extensão, bem como pelo conturbado processo de *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff em 2016, associado a subseqüentes ações prejudiciais às instituições públicas de ensino e ao Sistema Único de Saúde, como a diminuição dos recursos destinados a programas como o Farmácia Popular, a aprovação pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional 55 – congelando investimentos em Saúde, Educação e Assistência Social no país por 20 anos – e a brutal morte da ativista e vereadora do Rio de Janeiro, Marielle Franco, em março de 2018, deparei-me com os desafios que se impunham ao campo de atuação como sujeito participativo e transformador. Foi nesse contexto que iniciamos, de maneira efetiva, as atividades no grupo feminista.

O Coletivo atua em Parnaíba no Piauí desde 2014, promovendo educação popular, voluntária e sem fins lucrativos às comunidades do Delta do Parnaíba. O foco recai sobre temas ligados ao gênero, abordando criticamente os aspectos políticos, econômicos, sociais, étnicos e culturais que permeiam a discussão sobre as questões que impactam diretamente as mulheres da região, incluindo os inúmeros casos de violência contra a mulher.

O Coletivo começou a discutir e atender pautas relacionadas à saúde e, em 2019, eu tive a oportunidade de participar da comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde, sendo eleita delegada para a etapa estadual e para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Na breve atuação e presença que tivemos em Brasília (DF), percebi que a comissão de delegados do Estado do Piauí era muito homogênea, pouco diversificada e pouco imbricada com as discussões e participações dos grupos de trabalhos.

Ao retornarmos da 16ª Conferência Nacional de Saúde, o Coletivo Feminista Mulheres em Pauta pediu, por meio de ofício, em agosto de 2019, a oportunidade de participarmos do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Parnaíba, como representantes do segmento usuário, e nossa trajetória dentro do Conselho teve início em outubro daquele ano.

Desde então, eu atuei nas ações do CMS até março de 2022. Em março de 2020, fui eleita como 1ª Secretária, entretanto, desde a nossa inserção, percebi, no decorrer do trabalho, obstáculos e desconhecimento sobre atribuições e especificidades do controle social no SUS. Um dos desafios são as análises dos balancetes das contas públicas que a Comissão Permanente de Controle e Avaliação

realizava. Até 2022, a Comissão Permanente era composta por quatro conselheiros, mantendo a premissa da paridade (50% composto pelo segmento usuário, 25% pelo segmento gestão/prestador e 25% pelo segmento trabalhador da saúde). No entanto, os conselheiros relatam dificuldade na análise, por não terem suporte ou entendimento técnico da forma como são apresentados os gastos da gestão, sendo geralmente aceita a apreciação do parecer com ressalvas pelos demais conselheiros.

Desta maneira, a pesquisa aborda os processos relacionados à política, ao planejamento e à gestão do trabalho em saúde, considerando que os Conselhos de Saúde são instâncias de controle social. Estes atuam de forma permanente e deliberativa, constituindo órgãos colegiados responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da execução da política de saúde na respectiva instância. Isso inclui aspectos econômicos e financeiros, sendo que as decisões são sujeitas à homologação pelo líder do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, conforme estabelecido pela Lei 8.142/1990.

Mediante o exposto, julguei necessário apresentar-me, mostrando minha implicação no objeto de estudo escolhido. No atual contexto histórico, social e político que vivemos, acredito que os espaços dos Conselhos de Saúde são ambientes possíveis e potentes de articulação, mobilização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 foi a resposta aos 21 longos anos de ditadura militar que o país viveu. Esta Carta Magna surgiu com a mobilização, articulação e organização dos movimentos populares, sociais e de trabalhadores que discutiram premissas e formularam propostas para serem incorporadas ao texto final (Carvalho, 2014).

Conhecida como a Constituição Cidadã, tem como ponto fulcral os direitos do povo brasileiro (Carvalho, 2014), objetivando-se uma sociedade livre, justa e solidária; garantidora do desenvolvimento nacional; sem pobreza ou marginalização; com a redução das desigualdades sociais e regionais; promotora do bem viver, erradicando o preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil-CF, 1988).

Por mais que o texto constitucional tenha avanços nas garantias sociais de um Estado essencialmente burguês e capitalista como o Brasil, Florestan Fernandes denunciava uma continuidade do conservadorismo da classe dominante, como em um artigo intitulado “Constituição – Continuidade ou ruptura?”, publicado na Folha de São Paulo no dia 20 de abril de 1987 (Fernandes, 1987). Neste artigo, o sociólogo, deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores do Estado de São Paulo e reconhecido intelectual brasileiro, argumentava que o embate constitucional carecia de uma riqueza de contradições em comparação às potencialidades que os “juristas radicais” poderiam proporcionar.

Assim como no contexto atual, as conjunturas econômica, política e social “puseram na Assembleia Nacional Constituinte uma ampla maioria parlamentar conservadora”. Segundo Florestan Fernandes, essa maioria buscava continuidade propondo revisar as constituições de 1946 e 1967. Isso incluiria considerar medidas específicas, tais como aquelas relacionadas à segurança e à “defesa do Estado”, que foram promulgadas durante o regime ditatorial em 1969 (Fernandes, 1987).

Esse artigo de Florestan Fernandes mostra os ânimos do momento que se discutia a futura Constituição de um país que acabava de sair de um regime militar ditatorial. O sociólogo prossegue com um questionamento no mesmo artigo da Folha de São Paulo “O que conspira contra a continuidade?” e logo em seguida responde:

(...) O que conspira contra a continuidade é a forma e o grau do desenvolvimento capitalista no Brasil de hoje; a diferenciação do regime de classe e a universalidade e a intensidade da luta de classes; o caos e as crises que estamos enfrentando em todas as esferas da vida; a ilegitimidade,

a incompetência e a fraqueza da Nova República etc. Os fatos atropelam as leis. Não há como "defender a ordem" sem alterá-la profundamente, nas mais variadas direções e em um sentido democrático. Sentido democrático que quer dizer modificar em profundidade as relações dos oprimidos e dos excluídos com o poder, isto é, com a organização e o funcionamento da sociedade civil e do Estado. Os de cima têm de partilhar o poder com os de baixo, por mais que os considerem companhias indesejáveis, não-confiáveis e perigosas (Fernandes, 1987, p. A3).

Nessa reflexão de Florestan Fernandes, são-nos apresentados alguns enfrentamentos, mesmo que tímidos, do processo de luta pela partilha de poder confluindo para a participação popular. O processo de redemocratização proporcionou possibilidades e instrumentos para a inclusão no plano dos direitos civis, sociais e políticos, mesmo sem rupturas como o autor mostra em outro artigo de opinião intitulado "A Constituição de 1988" publicado no mesmo jornal em outubro daquele ano.

Além do artigo 196 da Constituição que explicita a saúde como um direito de todos e dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil-CF, 1988), o artigo 198 coloca como terceira diretriz do sistema único a participação da comunidade.

Consonante a esta diretriz, em 28 de dezembro de 1990, a Lei 8.142 (Brasil, 1990) dispôs, entre outras providências, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Concretiza-se, assim, uma das pautas dos movimentos de lutas pela redemocratização do país, desde a década de 1970, como, por exemplo, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Esperidião, 2014).

Este movimento teve atuação importante na construção do processo constituinte de 1988 para garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como lançar bases populares para a construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), que teve seu relatório utilizado quase na íntegra para a elaboração da seção II do Capítulo II da Constituição da República Federativa do Brasil (Carvalho, 2014).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil-CF, 1988) reforçou a democracia participativa, prevendo a descentralização do poder e possibilitando a participação popular em espaços e nas gestões governamentais, estabelecendo ambientes para as negociações e manejo de conflitos. Contudo, Florestan Fernandes anunciou que "a principal missão" da Constituição de 1988 seria

“limpar o terreno minado pela ditadura, prepará-lo para outro plantio, mais generoso e fértil” (Fernandes, 1988, p. A3).

Assim, por mais que o SUS seja um sistema exemplar construído e organizado por meio de processos reivindicatórios e participativos, que garantiram a saúde como um direito fundamental em seus princípios e diretrizes (Esperidião, 2014), temos desafios na área da participação comunitária na saúde.

Conforme visto, a relação entre Estado e sociedade sofreu alterações, visto que, face à redemocratização, houve alterações na conjuntura social, as quais indicaram um poder oriundo de uma cidadania ativa, desenvolvida a partir de um controle social exercido pelo cidadão, que reconhece suas prioridades e a necessidade de que a população esteja presente na elaboração das políticas públicas (Dubow *et al.*, 2017).

Frente ao cumprimento da cidadania ativa estão os Conselhos de Saúde, instâncias que atuam, dentre outras atribuições, na garantia da efetividade das políticas de saúde pública do SUS, devendo agir no sentido da “concretização dos aspectos jurídico-normativos que as Leis Orgânicas da Saúde estabelecem”, sobretudo quanto à garantia da utilização dos recursos públicos em prol dos interesses dos cidadãos (Aciole, 2003).

Em vista disso, a discussão em torno das relações específicas entre o controle social e a fiscalização das contas públicas constitui-se como um importante eixo analisador para esta dissertação. Além disso, a relação entre controle social e financiamento do SUS evidencia a responsabilidade do primeiro em exercer gestão e controle sobre a execução do segundo (Aciole, 2006).

Entretanto, alguns conselheiros apresentam uma série de dificuldades para cumprirem suas atribuições, por exemplo: conhecimento técnico limitado; falta de compreensão sobre seus papéis no Conselho; dificuldades quanto ao entendimento das leis orgânicas do SUS; desconhecimento sobre onde buscar informações referentes à prestação de contas; problemas para entender os gastos públicos, acompanhar o planejamento da gestão e analisar a efetivação das políticas públicas de saúde (Coelho; Marcondes; Barbosa, 2019).

Partindo dessa discussão e considerando precipuamente que a fiscalização dos recursos públicos e das ações de saúde são instrumentos de controle que devem ser exercidos para garantir a efetivação das políticas de saúde, este trabalho de pesquisa pretende evidenciar como os conselheiros de saúde da Planície Litorânea

do Piauí exercem seu papel fiscalizador no acompanhamento da efetivação das ações de saúde de seus respectivos municípios, uma vez que a apreciação dos conselhos é necessária para verificar, gerenciar, efetivar e implementar políticas públicas de saúde.

A trajetória da saúde pública no Brasil revela uma estreita conexão com a conjuntura política, econômica e social, experimentando avanços e retrocessos ao longo do tempo. Os cuidados com a saúde desempenharam um papel significativo na prosperidade ou declínio de nações em expedições de conquista ou guerra. No entanto, é somente em períodos marcados por grandes epidemias que a saúde se torna um tema central de interesse, devido às suas profundas repercussões sociais e econômicas (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Assim, a intenção dessa pesquisa ficou mais evidente quando, em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre inúmeros casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Uma semana mais tarde, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, o qual não havia sido identificado antes em seres humanos. O mais recente coronavírus, intitulado de SARS-CoV-2, é o responsável por causar a doença COVID-19 (Opas, 2021).

No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, a qual matou, direta e indiretamente, aproximadamente 14,9 milhões de pessoas no mundo (Opas, 2022; Opas, 2022). Entretanto, um estudo publicado pela *The Lancet*, de março de 2022, com 97 pesquisadores de mais de 20 instituições internacionais, mostra que a estimativa era de 18,2 milhões de pessoas mortas direta e indiretamente pela COVID-19 (Wang *et al.*, 2022). Segundo dados do Ministério da Saúde, em março de 2023, 700 mil brasileiros morreram diretamente de COVID-19, desde o início da pandemia (Brasil, 2023).

Diante da realidade histórica marcada pela maior crise sanitária recente, faz-se evidente a necessidade do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desde a sua promulgação na Constituição Federativa do Brasil de 1988, o SUS é historicamente subfinanciado e, em função da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, está sofrendo desfinanciamento (Souza *et al.*, 2019).

Mesmo nesse contexto de disputa orçamentária com o Estado burguês brasileiro, o SUS avançou com a ampliação das equipes de Atenção Básica (ABS) e a ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) que foram fundamentais para o

sucesso do atendimento em saúde e a interiorização dos serviços do SUS, permitindo que a população não ficasse desamparada em meio à crise sanitária de COVID-19 (Bousquat *et al.*, 2021).

A Constituição de 1988 propôs, no artigo 196, diretrizes fundamentais para o SUS, incluindo a descentralização do sistema e o atendimento integral. Outra diretriz igualmente relevante é a participação da comunidade no SUS. Estudos indicam que a participação social e comunitária foi crucial no enfrentamento e controle da disseminação do novo coronavírus, especialmente em regiões mais vulneráveis à pobreza e à falta de acesso aos serviços básicos de saúde (Bousquat *et al.*, 2021; Brasil-CNS, 2021).

Logo no início da Pandemia, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou o Comitê de Acompanhamento à Covid-19 para monitorar com celeridade os assuntos relacionados ao novo Coronavírus. O Comitê intensificou a articulação entre organizações, instituições, congresso nacional e outras entidades, para fazer circular informações, dados e análises técnicas sobre a COVID-19, colaborando na fundamentação técnica e posicionamento do CNS na veiculação das informações para a população (Brasil-CNS, 2022).

A relevância dessa pesquisa justifica-se também pela crise sanitária que se vivenciou na história recente, desencadeada pela pandemia do novo coronavírus. Neste cenário, o governo federal destinou recursos financeiros expressivos para o enfrentamento da crise nos Estados e municípios, sendo alguns com aplicação específica e outros com flexibilidade para sua execução, tornando mais evidente, dessa maneira, a importância do controle social exercida pelos Conselhos de Saúde.

Mediante o exposto, trabalhou-se com os Conselhos Municipais de Saúde do Território da Planície Litorânea piauiense, com a intenção de responder ao seguinte questionamento norteador: **Como os membros dos Conselhos de Saúde da Planície Litorânea no Piauí exercem o papel de fiscalização da efetivação das ações de saúde de seus respectivos municípios?**

Para conseguir responder a esse questionamento, o objetivo dessa pesquisa foi de analisar como os conselhos municipais de saúde da Planície Litorânea do Piauí desempenham o papel de fiscalização na execução das ações de saúde de seus respectivos municípios. Assim, enquanto objetivos específicos esta pesquisa pretendeu: 1. caracterizar a organização institucional dos Conselhos de Saúde de cada município da Planície Litorânea (PI); 2. identificar as práticas de fiscalização das

ações de saúde empregadas pelos conselhos de saúde; 3. identificar os efeitos que os conselheiros de saúde percebem das ações de fiscalização no planejamento das ações de saúde pela gestão municipal; 4. analisar as práticas correntes de fiscalização dos conselhos de saúde à luz das leis e resoluções vigentes; 5. analisar o conhecimento dos conselheiros sobre as normas e práticas de fiscalização que deveriam ser realizadas pelo Controle Social do SUS e como eles avaliam as próprias atuações dos Conselhos de Saúde que compõem. Para alcançar os objetivos almejados, utilizamos como caminho metodológico a Análise do Discurso Materialista de Michel Pêcheux.

A estrutura da presente pesquisa compreende cinco seções. Inicia-se com esta introdução. Posteriormente, abordamos o referencial teórico. Na sequência, detalhamos o percurso metodológico fundamentado na Análise do Discurso de Michel Pêcheux. A quarta seção envolve o diálogo com os resultados do estudo, culminando nas considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Participação na Saúde

No contexto brasileiro, a busca por um Estado democrático de direito ocorreu, de modo acentuado, a partir dos movimentos sociais que desencadearam a elaboração da Constituição Federal, promulgada em 1988, e de leis que sustentaram o Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Sanitária, nesse sentido, foi essencial para a construção do SUS, uma vez que possuía como uma de suas bases o propósito de garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde (ROSA et al., 2012).

As políticas públicas surgem da interação entre a sociedade civil e os atores políticos do país. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista notável resultante dos esforços de movimentos sociais que buscavam a democratização da saúde e a reestruturação de seus sistemas (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

A abordagem da formulação de políticas públicas sob a ótica da participação democrática e popular é de pertinência social, especialmente em um contexto de república federativa fundamentada na cidadania, em que “o poder emana do povo”. Este princípio é corroborado pelos fundamentos das relações internacionais que promovem a autodeterminação dos povos (Calçada; Reck, 2020).

A participação social, igualmente referida como participação dos cidadãos, popular, democrática, ou comunitária, foi originada como um princípio político-administrativo. Seu propósito é estimular a participação dos diversos atores sociais de maneira abrangente, criando uma rede que facilite a informação, elaboração, implementação e avaliação das decisões políticas (Milani, 2008).

O termo “participação popular” abrange uma concepção mais ampla do que apenas o envolvimento no movimento sindical ou na política partidária, geralmente referindo-se às classes populares. Embora predominantemente associado à participação das classes populares, ele pode englobar também a participação da classe média (Valla, 1998).

É relevante ressaltar que a diferenciação entre classe popular e classe média se fundamenta em critérios socioeconômicos, como o acesso a serviços, aquisição de bens de consumo, ocupação, nível educacional e renda. Contudo, na ótica marxista, ambas pertencem à classe trabalhadora, sendo a distinção geralmente introduzida pela ideologia do pensamento contemporâneo baseado na possibilidade de acesso a serviços e consumo (Mattoso, 2018).

A participação social nas políticas públicas surge como um elemento vital para a construção de um Estado Democrático de Direito, representando um campo fundamental para a concretização e realização dos direitos fundamentais (Cazelli; Fabriz; Cazelli, 2021).

Entender a participação social envolve a apreensão das diversas empreitadas desencadeadas por diferentes forças sociais, buscando impactar a formulação, execução, supervisão e avaliação de políticas públicas na esfera social, de acordo com Valla e Stotz (1989) em seu livro “Participação Popular e Saúde”. Essas iniciativas, ao mesmo tempo, manifestam perspectivas distintas sobre a realidade social brasileira e apresentam propostas específicas para enfrentar os desafios relacionados à pobreza e exploração das classes trabalhadoras no país, conforme destacado por Valla (1993).

A reflexão acerca da participação popular no Brasil remonta, pelo menos, à última década do século XIX, conforme apontado por Valla (1998). Desde os estágios iniciais do desenvolvimento da administração pública no século XIX, como destaca Milani (2008), surge o questionamento sobre como controlar a burocracia quando a confiança nos representantes políticos é incerta. A resposta a essa indagação passou a envolver estratégias de supervisão, controle e auditoria, consideradas elementos essenciais de uma administração eficaz.

Atualmente, o questionamento se reinicia, adquirindo uma complexidade acrescida. Diante da desconfiança em relação às ações dos representantes políticos e da percebida ineficiência e falta de transparência da burocracia perante os cidadãos, surge a indagação: como garantir a preservação das instituições políticas democráticas e assegurar a eficácia da gestão pública? Em um cenário de desconfiança na política tradicional, torna-se essencial evidenciar a possibilidade que os cidadãos têm de participar ativamente na definição do rumo do Estado (Calçada; Reck, 2020).

2.2 Participação e controle social: quais são os desafios atuais?

Segundo Escorel e Moreira (2012) a palavra ‘participação’ tem diversos significados, tornando-a uma categoria ampla e geral. No campo analítico, é considerada uma categoria polissêmica, tornando possível criar categorias, que buscam abarcar diversos aspectos a serem compreendidos e explicados.

As categorias 'participação social', 'participação popular' e 'participação comunitária' são exemplos dessa polissemia. Apesar de compartilharem uma mesma origem na categoria geral 'participação' e apresentarem aspectos convergentes, cada uma possui suas especificidades, uma vez que analisam diferentes realidades (Escorel; Moreira, 2012).

Segundo estudos de Carvalho apud Escorel e Moreira (2012), na década de 1970, o termo "participação comunitária" era amplamente utilizado em programas de agências internacionais de saúde na América Latina. Esses programas incentivavam a participação da população com o trabalho não qualificado em ações de saúde e fomentavam a organização autônoma da comunidade como meio de alcançar melhorias sociais.

Após os anos 1970, a categoria "comunidade" foi substituída por "povo", que, segundo estudiosos, referia-se à parcela da população excluída ou subalternizada no acesso a bens e serviços. A participação social, neste momento, extravasava as ações simplificadas nos serviços e buscava impactar a dinâmica social, contrapondo-se ao sistema dominante e excludente. O objetivo principal passou a ser a democratização da saúde, com acesso universal e igualitário aos serviços, bem como acesso ao poder político (Escorel; Moreira, 2012).

Em fins da década de 1980, a participação passa a reconhecer e acolher a diversidade de interesses, incluindo projetos da sociedade civil organizada. Nesse contexto, a participação social adquire traços de cidadania e busca a universalização dos direitos sociais, com a cidadania desempenhando um papel central em um novo referencial de Estado (Escorel; Moreira, 2012).

Segundo Maria Valéria Costa Correia (2000), o termo "controle social" tem origem na sociologia e refere-se aos mecanismos que estabelecem a ordem social, impondo padrões e princípios morais aos indivíduos. No campo da teoria política, o significado de "controle social" é ambíguo, pois pode indicar tanto o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade quanto o controle da sociedade (ou de setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado.

A partir dos anos 2000, o termo "controle social" tem sido objeto de debates e passou a ser considerado sinônimo de participação social nas políticas públicas (Correia, 2000). Entretanto, autores como Gilson Carvalho (2014) discordam do uso dos termos como sinônimos. Carvalho (2014) enfatiza a importância de utilizar o termo "Participação da Comunidade", presente na Constituição de 1988, por ser mais

abrangente e abordar questões mais profundas do que o controle social, que é apenas uma das funções da participação.

Após a redemocratização, principalmente no período de 2003 a 2011 (Éboli, 2014), surgiram e ampliaram-se instâncias e mecanismos de participação social, que permitiram aos cidadãos influenciarem os processos decisórios e defender seus direitos. Provendo essas estruturas de “participação e ao controle social da *res publica*, aproxima-se dos elementos dialógicos que caracterizam a gestão social e, assim, contribui para a valorização da cidadania e para o fortalecimento da democracia participativa” (Menezes, 2017, p.07).

Neste sentido, o país passou por breve momento de fortalecimento dos espaços democráticos no Brasil, tendo um dos seus marcos o decreto federal nº 8.243/2014 (Brasil, 2014), assinado pela Presidenta da República Dilma Rousseff. Este decreto, inspirado nas reivindicações das manifestações de rua de junho de 2013, instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS), rotulado pela mídia comercial de polêmico e pelos opositores do governo de “bolchevismo bolivariano” (Cunha-Filho, 2015).

Entretanto, em 17 de abril de 2016, concretizou-se o processo de *Impeachment* de Dilma Rousseff, subindo ao poder executivo o vice-presidente Michel Temer (Brasil-Senado, 2016). Nesse contexto contemporâneo, as ideologias neoliberais e conservadoras influenciaram nas práticas da democracia participativa, gerando dificuldades e retrocessos, dentre elas, o agravamento da privatização, a conservação de estruturas dominantes, a precarização de políticas públicas e a exaltação do autoritarismo nas estruturas do Estado, promovendo a hegemonia dominante, impulsionando a despolitização e culpabilizando os mais vulneráveis (RAMOS, 2021).

O governo Michel Temer atravessou tensões sociais, com a mobilização de organizações da sociedade civil e movimentos sociais devido às medidas impopulares como a Emenda Constitucional 95 de 2016 que estipulou um “teto de gastos” para as pastas sociais e a contrarreforma trabalhista, lei nº 13.467 de 2017 (Fonseca, *et. al.*, 2021).

Na esteira desse processo, Jair Messias Bolsonaro ascende como presidente da república (2019-2022), executando medidas que foram adotadas para restringir a participação da sociedade civil em conselhos gestores de políticas públicas vinculados à administração pública federal (Fonseca, *et. al.*, 2021), isto é, órgãos colegiados existentes no âmbito da União, salvo os órgãos colegiados criados por Leis que se

mantiveram, como, por exemplo, os conselhos de saúde resguardados pela Lei 8.142 de 1990 (Brasil, 1990).

A materialização dessas ações deu-se a partir de diferentes exemplos, como o decreto federal nº 9.759 de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019), que anunciou a extinção de dezenas de órgãos de participação e controle social no âmbito da administração pública federal, estabelecendo o prazo de até 28 de junho de 2019 para que os colegiados extintos fossem recriados pelo próprio Governo.

Conforme destacado na "Exposição de Motivos" do decreto federal nº 9.759/2019 (Brasil, 2019), o governo Bolsonaro justificou que não era viável realizar um levantamento preciso sobre a quantidade de órgãos colegiados existentes. No entanto, argumentou que apenas entre os interministeriais, havia mais de 300 entidades que se tornaram consideradas desnecessárias e ineficientes em suas funções administrativas, de controle e tomada de decisões.

Além disso, afirmou-se como sendo prejudicial a existência de “Grupos de pressão [...], com composição e modo de ação direcionado, para tentar emplacar pleitos que não estão conforme a linha das autoridades eleitas democraticamente” (Brasil, 2019).

Refletindo sobre esse recente processo histórico de fortalecimento e, em seguida, ataque às instâncias participativas no Brasil, tem-se um processo anterior que acontece desde a década de 1990 com a criação dos conselhos de saúde: o seu fortalecimento.

Alguns desafios enfrentados nos conselhos de saúde são realidades desde o seu processo de constituição, tais como autonomia política e orçamentária; processo de formação e educação permanente para o Controle Social; mobilização, articulação e organização de ações dos conselhos com os movimentos sociais e populares; oxigenação na participação de novos conselheiros etc. (JUNGLOS *et al*, 2019) (GOMES; ORFÃO, 2021).

Carole Pateman (1992) explica que a teoria da democracia participativa enfatiza que a participação dos indivíduos e suas instituições são fundamentais para a democracia. Além das instituições representativas nacionais, é necessário que haja participação ampla em outras esferas para o desenvolvimento das atitudes e qualidades necessárias.

A participação desempenha uma função educativa, permitindo a aquisição de habilidades e práticas democráticas, tanto no aspecto psicológico quanto no

desenvolvimento de competências. A participação aprimora as habilidades necessárias: quanto mais as pessoas participam, mais capacitadas se tornam. Acredita-se também que a participação tenha um efeito integrador e facilite a aceitação de decisões coletivas (Paterman, 1992).

Nesta perspectiva, a participação social promove condições para o exercício do papel do cidadão ativo, possibilitando fluxo de poder através dos conselhos de saúde que permitem a participação dos cidadãos nas gestões das políticas públicas (Montalvão, 2016).

Os conselhos gestores de políticas públicas são instrumentos de expressão, representação e participação, constituindo-se exemplos de esferas públicas não estatais, sendo compostos por uma pluralidade de entidades (ALMEIDA; ROSA, 2023).

Em geral, os conselhos podem adotar diversas configurações, variando em termos de abrangência, podendo ser nacionais, estaduais ou municipais. Nota-se que os conselhos em níveis municipais estão mais próximos da participação popular efetiva, podendo ser instituídos de acordo com as demandas e peculiaridades de cada local (Almeida; Rosa, 2023).

Sendo os conselhos de saúde espaços que possibilitam expressar opiniões e perspectivas, o combate, o embate e o debate, a resistência, a articulação e a mobilização democrática, em tempos de crise do modelo capitalista e da sintomática expansão da extrema-direita no mundo, compreender a história recente do Brasil se faz urgente para trilhar caminhos mais sólidos de democracia e bem-viver (Souza; Ferreira; Oliveira, 2019).

O decreto 9.759/2019 tratou-se de uma perda considerável uma vez que a população é a destinatária das políticas públicas sendo natural que componha os órgãos colegiados, sendo que a participação social é um direito a ser implementado e fortalecido (Abrahão, 2023).

Afinal, é necessário recordar sempre a seguinte declaração da Constituição Brasileira: “Todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou diretamente (democracia participativa), nos termos desta Constituição” (Carvalho, 2014; Brasil-CF, 1988).

Para alcançar o que declara a Constituição de 1988, é imperativo fortalecer as lideranças sociais e os conselhos de saúde por meio de ações práticas que envolvam diretamente a comunidade e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Esse**

reforço reitera o que foi destacado até o momento sobre a participação popular como um caminho crucial na discussão, elaboração e fiscalização de políticas públicas essenciais para a saúde dos trabalhadores do Brasil.

2.3 Análise Materialista do Discurso de Michel Pêcheux

Optou-se por abordar, nesta seção, a teoria da Análise Materialista do Discurso de Michel Pêcheux. A escolha de apresentá-la aqui, ao invés de detalhar em profundidade na seção metodológica deste trabalho, é devido a AD (Análise do Discurso) de Michel Pêcheux ser uma teoria que fornece conceitos e estruturas para entender como a linguagem funciona socialmente, e ao mesmo tempo é uma metodologia que orienta os pesquisadores na prática concreta de analisar discursos específicos sob a perspectiva dessa teoria (Rocha; Silva; Oliveira, 2022). Embora tenhamos adotado essa abordagem como fundamento metodológico, reservamos esta seção para proporcionar ao leitor uma compreensão aprofundada da teoria desenvolvida por Michel Pêcheux.

No século XX, o positivismo estava consolidado, o método das ciências naturais estabelecidos e algumas ciências humanas alicerçadas na autonomia, objetividade e descrição dos eventos ou objetos estudados na ciência da época. Neste mesmo caminho, as abordagens formalistas da linguagem, principalmente, o estruturalismo saussuriano, estudava a língua de maneira ideal, ou seja, desconsiderando os fatores extralinguísticos (Brandão, 2006; Rodrigues, 2008; Costa, 2009).

A fim de cumprir com os requisitos científicos, era necessário ignorar os fatores extralinguísticos e focar somente na estrutura e construção das frases. Isso significava analisar uma frase sem relacioná-la com outras frases e sem considerar os possíveis significados que poderiam surgir no contexto geral do texto. Além disso, para seguir os critérios rigorosos da ciência positivista, era preciso separar o enunciado da sua enunciação, isto é, analisá-lo isoladamente sem levar em conta o contexto em que foi proferido e suas possíveis conotações extralinguísticas (Rodrigues, 2008; Costa, 2009; Marques, 2015).

A partir de então, surgiram abordagens divergentes que ganharam destaque, focando na análise do texto e do discurso. Entre estas, destacam-se o funcionalismo, a linguística textual, a pragmática e ao menos 57 variedades de análise do discurso. Esses distintos estilos têm como objeto o discurso e rejeitam a perspectiva realista de que “a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo,

e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (Gil, 2002, p.244).

Na presente pesquisa, utilizamos a Análise do Discurso (AD), uma abordagem que surgiu na França em 1960 e foi desenvolvida pelo filósofo Michel Pêcheux. A AD considera o texto em sua opacidade significativa, ou seja, em sua multiplicidade de possibilidades de significado. Dessa forma, os sentidos podem ser deslocados ou ressignificados de acordo com o contexto sócio-histórico-ideológico em que circulam. Isso significa que uma palavra ou frase pode ter um significado em um determinado contexto e época, mas ter outro significado em outro contexto e época.

Para tanto, o fundador da AD, Michel Pêcheux, propôs articular três regiões do saber: o materialismo histórico, enquanto teoria das formações sociais e suas transformações; a linguística, enquanto teoria dos processos não subjetivos de enunciação e a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos (MARIANI, 1996, p. 21).

Dessa forma, a AD relaciona três áreas do conhecimento, que romperam com o século XIX: a linguística de Ferdinand de Saussure, estudos de Marx por Louis Althusser e a Psicanálise na visão de Lacan. Assim sendo, a língua, a história e a ideologia, são articuladas e relacionam-se de forma indissociável compondo o objeto de estudo da AD: o discurso (Orlandi, 2005; Florêncio *et al.*, 2016; Silva; Araújo, 2017; Hillesheim; Oliveira; Paiva, 2021).

Assim sendo, a AD tem como objetivo compreender como a linguagem constrói significados, abordando a língua, o discurso e a ideologia e como esses elementos se relacionam para produzir sentidos. Para isso, a AD utiliza categorias teóricas e de análise dentro de sua abordagem, como descritas a seguir.

2.3.1 A língua e o discurso na Análise do Discurso

Não pense que você é o primeiro
A pensar desse jeito
Alguém já deve ter pensado igual
Em algum outro lugar
Música: Defeito perfeito
Banda: Nação Zumbi

Michel Pêcheux, influenciado Por Louis Althusser, ambos marxistas, compreendia a AD como um projeto político capaz de “usar a arma da Linguística como um novo meio de abordar a política”, na medida que percebia as evidências históricas, das lutas de classes e o movimento social (FLORÊNCIO *et al.*, 2016, P.23).

O discurso é resultante do confronto entre língua e ideologia, o homem e a história (Lima; Lima, 2017). É uma relação e construção social vinculada à materialidade histórica, sendo o discurso “essencialmente ideológico, visto que o sujeito que o produz o faz de um lugar social, de uma posição ideológica” (Florêncio *et al.*, 2016, p.66).

Estudar o discurso, por meio da AD, não se limita à análise apenas da língua, mas adentra em questões mais profundas, examinando “as relações de poder, a ideologia das instituições, as construções de identidades e de diferenças sociais, os tantos processos de inconsciência ideológica, as formações ideológicas, as diversidades nas manifestações humanas etc.” (Hillesheim; Oliveira; Paiva, 2021, p.152).

De acordo com a AD, a linguagem não é neutra, ou seja, não se limita apenas a informar, uma vez que os sentidos são produzidos e influenciados pelo contexto sócio-histórico e ideológico em que são empregados. Nas práticas discursivas, há muito mais do que simplesmente transmitir informações (Florêncio *et al.*, 2016).

O discurso, assim, é um processo de significação que relaciona o sujeito e sentido na língua através da história (Florêncio *et al.*, 2016). Língua e discurso se complementam, na medida que o discurso é um meio de fazer a língua funcionar, pois como Eni Orlandi (2012) explica “o discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando” (p.15), percebemos como o indivíduo fala e como ele realiza essas práticas discursivas.

Conforme os discursos circulam pela sociedade, é viável preservar ou alterar as estruturas vigentes, regras que definem as relações sociais, seja de dominação ou conflito, ao identificar sentidos nos discursos que foram suprimidos ou ocultados (Florêncio *et al.*, 2016).

Assim, apresentaremos as categorias empregadas por esta pesquisa no processo metodológico da Análise do Discurso, a saber: condições de produção, interdiscurso (ou memória discursiva) e posição-sujeito. Cumpre salientar, no entanto, que as categorias da Análise do Discurso de Michel Pêcheux vão além dessas, incluindo outras de relevância para a análise, embora não abordadas neste trabalho.

2.3.2 Condições de produção e interdiscurso (memória discursiva)

Dentre as categorias utilizadas na AD, temos as condições de produção, que localizam os discursos em seus contextos, propondo-se a compreender “o que é dito,

quem o diz, por que o diz, para quem diz, como diz, de que ponto histórico, cultural e social diz e com quais objetivos o faz” (Silva; Araújo, 2017, p.24).

Assim, a condição de produção contextualiza o discurso no tempo “aqui e agora”, em sentido mais estrito, considerando-se *quando* esses discursos foram produzidos; e em contexto mais amplo, ou seja, *onde* esses discursos foram feitos, atravessados por questões sócio-históricas e ideológicas. Na prática não é possível separá-los, pois a escolha das palavras que falamos, o contexto que estamos contém elementos que se sobrepõem (Florêncio *et al.*, 2016; Silva; Araújo, 2017).

Orlandi (2012) define condições de produção:

O que são as condições de produção? Elas compreendem fundamentalmente o sujeito e a situação. Também a memória faz parte da produção do discurso. A maneira como a memória atua, faz valer as condições de produção é fundamental [...]. Podemos considerar as condições de produção em sentido estrito e temos as circunstâncias da denunciação: é o contexto imediato. E se as considerarmos em sentido amplo, as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico e ideológico (p.30).

Maria Cristina Leandro Ferreira no Glossário de Termos do Discurso (2001), conceitua condições de produção como

responsáveis pelo estabelecimento das relações de força no interior do discurso e mantém com a linguagem uma relação necessária, constituindo com ela o sentido do texto. As condições de produção fazem parte da exterioridade linguística e podem ser agrupadas em condições de produção em sentido estrito - circunstâncias de denunciação e em sentido amplo - contexto sócio-histórico-ideológico, segundo preconiza Orlandi (2012).

Elas podem ser o contexto imediato, ou seja, as circunstâncias, como, por exemplo, quem pronunciou, onde pronunciou, em qual veículo está publicado, qual cidade foi produzida este enunciado. Entretanto, o que importa para a análise do discurso são as condições de produção em sentido amplo, ou seja, as condições sócio-histórico e ideológicas que vão sendo construídas ao longo do tempo (Orlandi, 2012).

Dessa forma, quando analisamos um discurso, precisamos entender quais são as condições de produção, o sentido estrito, as circunstâncias são importantes, mas principalmente as condições sócio-históricas, ou seja, qual a sociedade que está produzindo este discurso? Em que momento histórico, como é a história política, a história crítica e social naquele momento?

Todas essas informações são importantes para analisar as condições de produção, ou seja, em que condições foi produzido aquele discurso, como foi enunciado aquele discurso.

Outra categoria é o interdiscurso e no Glossário de Termos do Discurso, coordenado pela professora Maria Cristina Leandro Ferreira, publicado em 2001, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conceitua o interdiscurso da seguinte forma:

Interdiscurso compreende o conjunto das formações discursivas e se inscreve no nível da constituição do discurso, na medida em que trabalha com a re-significação do sujeito sobre o que já foi dito, o repetível, determinando os deslocamentos promovidos pelo sujeito nas fronteiras de uma formação discursiva. O interdiscurso determina materialmente o efeito de encadeamento e articulação de tal modo que aparece como puro “já-dito” (Leandro-Ferreira, 2001, p.18).

Interdiscurso é composto do prefixo “Inter” o qual significa “entre”, ou seja, “entre discursos”. Dessa forma, então, interdiscurso é aquele que remete a outro, ou seja, em um discurso encontram-se interrelações de fala, que é a retomada de outros discursos, perpassando na constituição daquela execução discursiva na constituição daquele sentido. Então, na constituição do sentido de um discurso perpassa outros.

Como se sabe, a linguagem não é neutra, a linguagem não é fixa. Os sentidos estão em movimentos, um sentido pode se tornar outro. Quando a autora Leandro Ferreira (2001) fala que é a ressignificação, então quer dizer que faz a partir de um interdiscurso.

Em seguida, a autora fala que é repetível, ou seja, quando o discurso retoma outro que já foi dito. Além disso, o interdiscurso, é o encadeamento, a articulação que marca o “já-dito”, ou seja, esse discurso já foi dito em outro lugar, ele retorna sobre a forma de interdiscurso.

Os autores do dicionário de análise do discurso trazem que, assim como o intertexto que um texto puxa outros textos nessa memória, o interdiscurso é a relação de um discurso que puxa outros discursos. Mas como isso se dá discursivamente? Através das formações discursivas, porque o conteúdo de uma fala não é vazio, carregando o seu significado, sua posição, na qual o sujeito se inscreve para construir aquele discurso. Então, a partir dessa posição, tem-se a formação discursiva (Charaudeau; Maingueneau, 2004).

Essa formação discursiva se arranja na forma de um discurso e quando se manifesta em outro discurso, ela é um interdiscurso.

2.3.3 Posição-sujeito

Maria Cristina Leandro Ferreira em Glossário de termos de análise do discurso (2001) explica que

Sujeito resultado da relação com a linguagem e a história, o sujeito do discurso não é totalmente livre nem totalmente determinado por mecanismos exteriores. O sujeito é constituído a partir da relação com o outro, nunca sendo fonte única do sentido, tampouco elemento onde se origina o discurso. Como diz Leandro Ferreira (2000), ele estabelece uma relação ativa no interior de uma dada FD; assim como é determinado, ele também a afeta e determina em suas práticas discursivas. Assim, a incompletude é uma propriedade do sujeito e a afirmação de sua identidade resultará da constante necessidade de completude" (Leandro-Ferreira, 2001, p.22-23).

Eni Orlandi, em *Análise de Discurso - princípios e procedimentos*, relaciona o sujeito com a ideologia, então ela explica que “podemos começar por dizer que a ideologia faz parte, [...] é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer” (p.30).

Em seguida, a autora relaciona também com a história e com a questão de Michel Pêcheux e tratou: o assujeitamento.

A forma-sujeito histórica que corresponde à da sociedade atual representa bem a contradição: é um sujeito ao mesmo tempo livre e submisso. Ele é capaz de uma liberdade sem limites e uma submissão sem falhas: pode tudo dizer, contanto que se submeta a língua para saber a essa é a base do que chamamos assujeitamento (Orlandi, 2009, p.50).

O sujeito da análise do discurso é tomado não como indivíduo, mas como uma posição no fio do discurso. Então, uma mesma pessoa, tomando-a como um sujeito, um indivíduo, constitui-se assim através da ideologia, pois marca posicionamento, aponta a formação discursiva que está se inscrevendo e dessa forma, todo o seu dizer, sua comunicação, torna-se discurso (Orlandi, 2007).

Percebe-se, desse modo, que o discurso não é somente a comunicação. O sujeito marca diversas posições, como, por exemplo, podemos ter um mesmo sujeito que na sua prática discursiva, vai ser um sujeito-professor, um sujeito da religião, um sujeito-pai de família. Assim, várias posições são tomadas pelo sujeito interpelado pela ideologia (Orlandi, 2007).

A partir desse ponto temos a questão do assujeitamento. Por um período essa questão foi ligada à submissão, sendo visto como algo negativo, algo ruim. Entretanto nem sempre é negativo, porque é algo que acontece, pois não tem como não sermos assujeitados o tempo todo, seja pela mídia, pela política, pela sociedade que nos impõe regras de comportamento, moral, ética (Orlandi, 2007).

Quando se visualiza no prisma Foucaultiano, em que há a instauração de micropoderes, esse sujeito se expande mais, indo ao encontro do que Leandro Ferreira (2001) explica: não é nem da submissão total nem da liberdade total, localizando-se no entremeio (Leandro-Ferreira, 2001).

2.3.4 Papel do Analista do Discurso

Para a AD, não se trata de descobrir algo, mas sim de realizar uma releitura e uma interpretação a partir de outra perspectiva. A análise não busca determinar o que é certo ou errado, mas sim compreender o funcionamento do discurso (Caregnato; Mutti, 2006).

Ao realizar a análise, é responsabilidade do analista do discurso interpretar o produto discursivo presente na materialidade do texto, utilizando uma teoria e o dispositivo teórico de interpretação. O papel do analista não é concordar ou discordar de um comentário, mas sim compreender e explicar como o discurso funciona (Souza, 2014).

O papel do analista consiste em explicar o funcionamento do discurso, demonstrando-o na materialidade da língua. Quando um analista concorda ou discorda de determinado discurso, ele deixa de falar do lugar de analista e passa a falar a partir de um dispositivo ideológico de interpretação que não é mediado ou relativizado pela teoria, como ocorre na análise do discurso (Souza, 2014).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A apresentação da metodologia desenvolvida na pesquisa está estruturada nesta seção da seguinte forma: tipo de pesquisa; local, contexto e participantes da pesquisa; coleta de dados; etapas da análise do discurso materialista francesa; finalizando com os aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Tipo da pesquisa

Consoante aos pressupostos de Minayo (1994), este estudo classifica-se, em relação à abordagem, como pesquisa qualitativa, uma vez que se empenha a compreender como os sujeitos observam e interpretam suas experiências a partir de uma determinada realidade social, histórica e política. Nesse caso, refere-se ao modo como os conselheiros de saúde, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022, dos municípios da Planície Litorânea do Piauí perceberam sua atuação frente à fiscalização e ao acompanhamento das ações de saúde e, conseqüentemente, dos recursos públicos na saúde.

Em relação aos objetivos, a pesquisa caracteriza-se como explicativa, visto que são apresentados os fatores que determinam ou contribuem para a existência do problema levantado pelo objeto da pesquisa, ou seja, o estudo fez um delineamento a respeito das motivações que se apresentam como basilares para a ocorrência da proposição apresentada. Assim, poderá ser realizada a interpretação do fenômeno estudado (Gil, 2002).

Quanto aos procedimentos para realização da pesquisa, foram desenvolvidas a pesquisa documental e pesquisa de campo. A respeito da primeira etapa, analisou-se a lei de criação e o regimento interno dos seis Conselhos Municipais de Saúde estudados.

Além desses documentos primários, analisou-se o portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica), sítio eletrônico do governo federal, instituído pela portaria nº 406, de 8 de março de 2012, vinculado ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS) e administrado pela Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica (CGGIE/DEMAS/SE/MS) (Brasil, 2012).

O SAGE-SUS atua como painel de situação dos instrumentos de Planejamento da Saúde dos Estados e municípios e tem como objetivo sistematizar e disseminar as

informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS (Brasil, 2012).

Por fim, a etapa da pesquisa de campo foi delineada por entrevistas, com roteiro semiestruturado (Dubow *et al.*, 2017) com os conselheiros que fizeram parte do Conselho Municipal de Saúde de seis municípios que compõem a Região da Planície Litorânea piauiense no período de 2019 a 2022.

Escolhemos a pesquisa documental e a pesquisa de campo, utilizando como ferramenta a entrevista com roteiro semiestruturado, compreendendo que esse percurso nos possibilita entender “como” os conselheiros acompanham e fiscalizam as ações de saúde de seus municípios. A perspectiva metodológica da Análise Materialista do Discurso de Michel Pêcheux busca compreender “como” o texto adquire significado (Orlandi, 2012), em detrimento de se ater a “o que” o texto quer dizer, decidimos explorar a que pergunta de pesquisa essa vertente linguística pode contribuir para responder. Isso porque a abordagem de Pêcheux concebe o discurso (enquanto trama de sentidos) como algo opaco e turvo, ou seja, não transparente (Campo; Delanoy, 2019).

3.2 Local, contexto e participantes da pesquisa

Em 2006, a Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (CODEVASF) realizou o Plano de Ação para o Desenvolvimento Integrado da Bacia do Parnaíba (PLANAP – Projeto CODEVASF/OEA/BRA/02/001), com objetivo de fomentar o desenvolvimento sustentável dos municípios que a compõem, visando ao crescimento da economia regional e à melhoria da qualidade de vida da população (Codevasf, 2006).

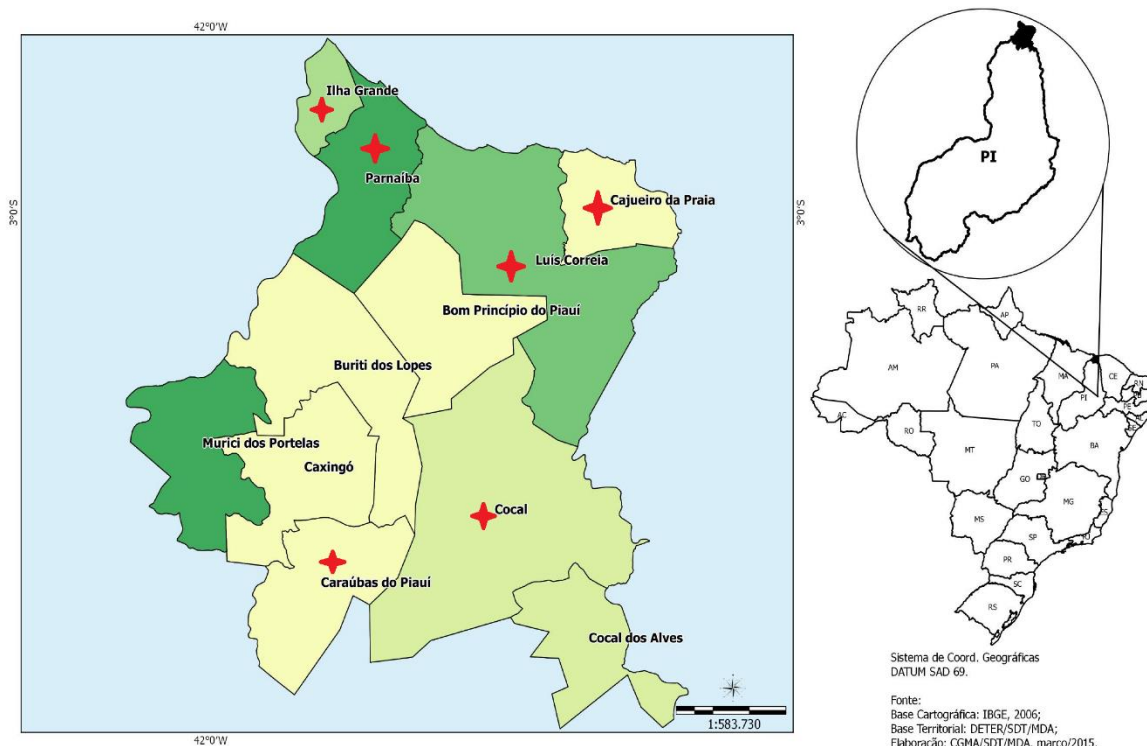
O processo de elaboração dos Cenários Regionais foi construído por meio do Planejamento Participativo Territorial no Piauí, estabelecido pela Secretaria de Planejamento do Estado, de acordo com a Lei Complementar GE nº 87/2007. Essa lei criou 11 Territórios de Desenvolvimento (TD) no Estado. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde, atualizado em 2009, definiu 11 regiões de saúde e 4 macrorregiões, abrangendo um total de 224 municípios (Sesapi, 2019).

A divisão territorial foi implementada com o objetivo de promover um planejamento e desenvolvimento regionalizado, incentivando a participação das comunidades na implementação e fiscalização das políticas públicas. O objetivo era fazer com que os municípios se identificassem como integrantes das onze regiões.

Essa divisão foi tecnicamente embasada e legalmente respaldada pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PI (SESAPI, 2019) - que estabeleceu a Planície Litorânea como parte da macrorregião do litoral e economia destinada a “pesca artesanal, pecuária de leite, turismo, artesanato, agricultura familiar, cerâmica” (Sesapi, 2004, p.21).

Assim, os municípios que compõem a bacia do Parnaíba são semelhantes quanto aos parâmetros socioeconômicos, técnicos, produtivos, culturais e ambientais. O Território da Planície Litorânea abrange os municípios de Água Doce do Maranhão, Araioes e Tutóia, no Estado do Maranhão; Granja, no Estado do Ceará, e **Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia, Murici dos Portelas e Parnaíba**, no Estado do Piauí (Codevasf, 2006).

Figura 01 – Mapa da Planície Litorânea do Estado do Piauí



Fonte: MDA, 2015. Alterado pela pesquisadora, 2023.

No estudo ora apresentado, trabalhou-se com seis municípios, do Estado do Piauí pertencentes ao Território da Planície Litorânea, indicados pela estrela vermelha, que apresentam cidades de significativa infraestrutura, composta por, dentre outros aspectos, hidrelétrica, aeroporto, rodovias e ferrovias. Além disso, nesse

território, está a cidade de Parnaíba, segundo maior polo de saúde e educação do Estado, após a capital Teresina (Cepro, 2014).

Em dezembro de 2022, contactamos os conselheiros municipais dos municípios próximos à Parnaíba, pois eram de conhecimento da pesquisadora, tornando-se mais fácil sensibilizar os participantes da pesquisa e marcar a entrevista. Conseguimos, assim, entrevistar um conselheiro de cada cidade: Parnaíba, Luís Correia, Ilha Grande e Cajueiro da Praia. Destes municípios, somente Parnaíba e Ilha Grande do Piauí tem a Comissão Permanente de Controle e Acompanhamento em funcionamento, sendo ela responsável pela análise dos balancetes e elaboração do parecer para submeter ao Pleno do Conselho.

Desde fevereiro de 2022, a pesquisadora desenvolve trabalhos e projetos como voluntária externa no Conselho Estadual de Saúde do Piauí (CES-PI) na Comissão de Educação Permanente em Saúde. Assim, em parceria com a Secretária Executiva do CES-PI, tivemos acesso aos contatos dos presidentes dos Conselhos de Saúde dos municípios de Caraúbas, Cocal, Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Murici dos Portelas, Caxingó e Cocal dos Alves, para sensibilizá-los sobre a pesquisa, realizar o convite e marcar as entrevistas.

Entretanto, ao entrar em contato, explicar o objetivo da pesquisa a partir da elaboração de um texto direto e de fácil entendimento, alguns conselheiros visualizaram a mensagem no aplicativo, mas não responderam, ou responderam e quando questionamos o melhor dia e horário para a entrevista, não havia respostas.

Concomitante a isso, pedimos a colaboração de um grupo em um aplicativo de mensagens instantâneas da turma de Defensoras Populares do Piauí¹, para que as participantes enviassem contatos de pessoas que morassem no município ou de pessoas que conhecessem conselheiros de saúde dos municípios que não tínhamos contato.

Dos sete municípios que faltavam, entrevistamos conselheiras de saúde de dois municípios, sendo eles Caraúbas do Piauí e Cocal, nos meses de janeiro e fevereiro de 2023 respectivamente.

¹ O curso Defensoras Populares é desenvolvido pela Defensoria Pública do Estado do Piauí e no ano de 2022 estava com a quarta turma de mulheres formadas. O objetivo do projeto é fortalecer a relação com outras instituições e com os movimentos sociais das cidades do Piauí, dialogando com as mulheres líderes comunitárias ou de movimentos sociais sobre temas relacionados aos direitos das mulheres e Direitos Humanos.

Mais informações: <http://www.defensoria.pi.def.br/projeto-defensoras-populares/>

Dessa forma, foram quatro entrevistas presenciais, realizadas no mês de dezembro de 2022, e duas entrevistas na modalidade virtual pelo aplicativo *Google Meet*, realizadas em janeiro e fevereiro de 2023.

Tentamos contato novamente com os municípios de Murici dos Portelas, Caxingó, Cocal dos Alves, Buriti dos Lopes e Bom Princípio do Piauí, mas não fomos atendidos por telefone. Ou o contato era inexistente, ou visualizaram a mensagem e não responderam.

Em novembro de 2022, tentou-se parceria com o Conselho Estadual de Saúde do Piauí para realizar visitas nestes municípios com objetivo de focar em demandas da Comissão de Educação Permanente e outras Comissões do Conselho Estadual de Saúde. Entretanto, a viagem foi cancelada pelo CES-PI e não foi possível contato *in loco* com os conselheiros. Sem apoio e financiamento para a pesquisa, não conseguimos nos deslocar para estes cinco municípios que não tivemos sucesso no contato a distância.

Assim sendo, foram entrevistados um conselheiro por município estudado, sendo um total de seis conselheiros titulares que compunham os Conselhos de Saúde, entre janeiro de 2019 a dezembro de 2022, das cidades de Parnaíba, Luís Correia, Ilha Grande do Piauí, Cajueiro da Praia, Cocal e Caraúbas do Piauí.

Quadro 01 – Síntese dos conselheiros(as) entrevistados na pesquisa

Entrevistado(a)/ município	Sexo	Escolaridade	Segmento	Representação	Conselho com Comissão Per. Acomp. e Fiscalização*	Entrevista presencial ou virtual?
1 – Caraúbas do Piauí	F	Ensino Técnico	Gestão municipal	Secretaria de Saúde	Não	Virtual
2 – Cocal	F	Ensino Superior	Trabalhadora da Saúde	Conselho profissional	Não	Virtual
3 – Cajueiro da Praia	F	Ensino Superior	Trabalhadora da Saúde	Conselho profissional	Não	Presencial
4 – Ilha Grande do Piauí	M	Alfabetização	Usuário do SUS	Entidade civil	Sim	Presencial
5 – Luís Correia	F	Ensino Técnico	Usuária do SUS/ Trabalhadora da Saúde	Entidade católica	Não	Presencial
6 – Parnaíba	M	Ensino Superior	Usuário do SUS	Sindicato de trabalhadores	Sim	Presencial

F = Feminino; M = Masculino. *Comissão Permanente de Acompanhamento e Fiscalização
Fonte: elaboração própria, 2023.

A escolha do período de análise da pesquisa levou em consideração três pontos relevantes: 1) a alteração das normas sobre o financiamento e a transferência

dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, através da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017); 2) o período escolhido é regido por dois Planos Municipais de Saúde distintos; 3) posteriormente, contempla dois anos da crise sanitária da pandemia de COVID-19 e que, mesmo o Ministério da Saúde tendo decretado o fim da emergência sanitária em 2022, reverberou nos meses contínuos da pesquisa.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Incluiu-se no estudo os conselheiros titulares e suplentes que compõem os Conselhos de Saúde dos onze municípios da Planície Litorânea do Piauí no período entre janeiro de 2019 a dezembro de 2022. Foram excluídos do estudo os conselheiros cujos Conselhos de Saúde não realizaram reuniões ordinárias no período de março de 2020 a março de 2021 (período referente à Pandemia de COVID-19).

3.3 Técnica de coleta dos dados

3.3.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental tem como fonte de coleta de dados em documentos, sendo eles escritos ou não, denominadas fontes primárias ou secundárias (LAKATOS; MARCONI, 2003). A análise documental desta pesquisa tem caráter descritivo e foi desenvolvida a partir do Regimento Interno e das leis municipais de criação acervo de documentos e atas (fontes primárias) dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de cada cidade da região da Planície Litorânea do Piauí. Também foram analisados pareceres e relatórios (fontes secundárias) dos CMS para destacar as decisões ou menções sobre a análise dos balancetes.

Segundo a Lei complementar 141/2012, o Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) devem ser publicizados em canais de comunicação das secretarias de saúde e apresentados com antecedência aos Conselhos de Saúde.

Além desses documentos e instrumentos de gestão, no portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica), foram analisados quais municípios da Planície Litorânea entregaram para análise e parecer do Conselho Municipal de Saúde seus Relatórios trimestrais, Relatório Anual de Gestão, assim como o Plano Municipal de Saúde.

À vista disso, conseguiu-se analisar o cumprimento de prazo da gestão municipal ao submeter à análise dos conselheiros os instrumentos de planejamento e gestão das ações de saúde, necessários para facilitar o acompanhamento e fiscalização pelo controle social do SUS.

3.3.2 Pesquisa de Campo

Em consonância com os objetivos propostos, realizou-se entrevista semiestruturada com seis conselheiros que fizeram parte do Conselho Municipal de Saúde no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022. Esta técnica de roteiro de entrevista semiestruturado combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema apresentado (BONI; QUARESMA, 2005).

Manzini (2003) aponta a necessidade de o pesquisador realizar perguntas básicas e essenciais para atingir o objetivo da pesquisa. O autor destaca a possibilidade e a importância do planejamento da coleta de informações por um roteiro com perguntas que alcancem os objetivos pretendidos da pesquisa.

Shimizu *et al.* (2013) analisou as representações sociais dos conselheiros municipais de saúde, destacando cinco tópicos: participação social e controle social; organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; participação do Conselho na elaboração do plano municipal de Saúde; participação do conselho nas ações de monitoramento e avaliação das ações de saúde. Diante disso, inspirados neste trabalho, elaborou-se um roteiro semiestruturado conforme Apêndice I.

O recrutamento dos conselheiros, participantes da pesquisa, deu-se por um convite, encaminhado por um aplicativo de mensagens instantâneas com uma breve explanação da pesquisa, contendo informações como: apresentação da pesquisadora, objetivo geral da pesquisa, tempo médio de duração da entrevista, melhor dia e horário para o entrevistado.

O consenso em participar da pesquisa se concretizou com a apresentação, pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE) e posterior assinatura pelo conselheiro participante da pesquisa.

Dessa forma, a pesquisadora gravou as entrevistas no aparelho celular que estava no modo avião, sem acesso à internet, sendo posteriormente armazenadas em um *drive on-line* protegido por senha e de acesso exclusivo aos responsáveis pela pesquisa.

3.5 Processamento e análise dos “fatos”

Ao afirmar que a Análise do Discurso é uma área do conhecimento que se dedica ao estudo do discurso, corre-se o risco de simplificar ou generalizar de forma perigosa, uma vez que a definição da AD não é uma questão simples nem resolvida, especialmente considerando as diferentes correntes que têm influenciado seu desenvolvimento desde o século XX. O mesmo pode ser dito em relação ao seu objeto de estudo: o discurso (Florêncio *et al.*, 2016).

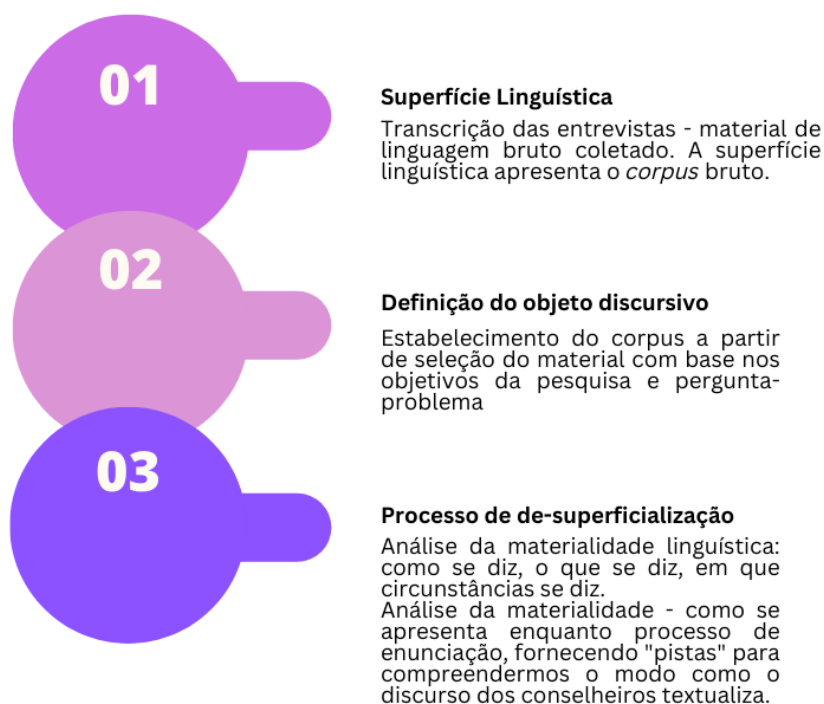
Isso posto, Eni Orlandi (1999) argumenta que o processo analítico do discurso na Análise do Discurso é inesgotável, pois todo discurso está relacionado a um discurso anterior e aponta para um próximo discurso. “Não há discurso fechado em si mesmo, mas um processo discursivo do qual se podem recortar e analisar estados diferentes” (Orlandi, 2012, p.62).

Como o objeto empírico é inesgotável, a análise almejada deve ser de “exaustividade vertical”, relacionando-a aos objetivos e à pergunta-problema da pesquisa. Essa abordagem leva a produtos teóricos significativos e não trata os “dados” como simples ilustrações, mas sim como “‘fatos’ da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva” (Orlandi, 2012, p.63).

Assim sendo, esta seção tem como finalidade explicar o caminho metodológico percorrido durante o processo de análise de dados, que no processo apresentaram-se como “fatos”. Logo, esta trilha metodológica baseou-se na obra “Análise de Discurso - Princípios e Procedimentos” de Eni Orlandi (2012).

Figura 02 – Fases da Análise do Discurso de Eni Orlandi (1999)

Fases da Análise do Discurso segundo Eni Orlandi (1999)



Fonte: Elaborado pela autora com base em ORLANDI (1999, p. 65), 2023

Fonte: elaboração própria tomando como base o livro Análise do Discurso de Eni Orlandi (1999)

Nessas três fases de análise, a partir do material bruto, constrói-se um objeto discursivo que permite analisar o que é dito e como é dito em outros discursos e condições sócio-históricas ou de posições do sujeito, por exemplo. É por meio dessas etapas que se observa como a língua produz efeitos na ideologia e como essa ideologia se materializa na língua. Para o analista, isso equivale a compreender a historicidade do texto.

O processo de entrevistas foi realizado utilizando um roteiro semiestruturado. Após isso, realizou-se a transcrição das entrevistas, que foram validadas posteriormente com uma revisão. Essa etapa fornece o *corpus* bruto como superfície linguística. Em seguida, parte-se para a segunda etapa, em que a análise se inicia com o estabelecimento do *corpus* de acordo com a natureza do material (entrevistas transcritas) e os objetivos da pesquisa.

A terceira etapa consiste no processo de de-superficialização, momento em que se realiza a análise da materialidade linguística, ou seja, "como se diz", "o que se diz", "em que circunstâncias" (Orlandi, 2012). Nessa fase, o *corpus* selecionado a

partir dos objetivos da pesquisa são analisados pelas categorias da Análise do Discurso.

É importante destacar que não afirmamos que a análise é objetiva, mas sim que ela deve ser o menos subjetiva possível, a fim de explicitar o modo como os sentidos do objeto em observação são produzidos. O que se avalia é a habilidade analítica do pesquisador, por meio de sua capacidade de aplicar a teoria e assumir sua responsabilidade teórica, bem como sua capacidade de escrita para explicitar a análise e interpretar os resultados de seu processo de compreensão do discurso analisado.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os benefícios da pesquisa podem ser de médio e longo prazo a partir da contribuição das observações e interpretações dos conselheiros de saúde selecionados para essa pesquisa, que pode fortalecer o controle social no Sistema Único de Saúde, lançando um olhar mais profundo e acurado na fiscalização dos recursos públicos e do acompanhamento das ações de saúde.

Assim, o participante poderá jogar luz sobre os instrumentos de controle que devem ser exercidos para garantir a efetivação das políticas de saúde, mostrando como os conselheiros de saúde da Planície Litorânea piauiense exercem seu papel fiscalizador no acompanhamento da efetivação das ações de saúde de seus respectivos municípios, uma vez que a apreciação dos Conselhos é necessária para verificar, gerenciar, efetivar e implementar políticas públicas de saúde.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos inerentes, mesmo que mínimos. Os participantes estavam sujeitos a potenciais constrangimentos durante o processo de aplicação da entrevista ou mesmo decorrentes de vazamento indevido dos dados da pesquisa. Além disso, nas entrevistas presenciais, os participantes da pesquisa estavam expostos ao risco de contaminação pelo novo coronavírus.

Ademais, o presente projeto atendeu às orientações normativas contidas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam da ética em pesquisa com seres humanos, e sua execução iniciou-se após aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa credenciado pela Universidade Federal da Paraíba, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número **62846822.7.0000.5188**. Os participantes tiveram conhecimento dos potenciais riscos da pesquisa através do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual os pesquisadores ofereceram garantias e apresentaram os direitos básicos do participante da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta seção de apresentação e interpretação dos “fatos” da pesquisa, conforme ilustrado por Eni Orlandi (2012), pois a análise verifica na linguagem a sua materialidade linguístico-discursiva que apresenta os “fatos”, não tratando como “dados” meramente ilustrativos. Conforme Orlandi (2012), o objeto empírico é fonte inesgotável e sua análise deve compor de uma “exaustividade vertical”, relacionando-a aos objetivos e à pergunta-problema da pesquisa (Orlandi, 2012, p.63).

Possivelmente, não exploramos completamente o processo de Análise Materialista do Discurso de Michel Pêcheux. No entanto, percebemos que a análise da opacidade do discurso é contínua, permitindo-nos compreender diferentes elementos em contextos diversos.

Destarte, esta seção abrange subseções que contextualizam os conselhos, analisam e discutem as declarações dos conselheiros entrevistados. Além de examinar-se a participação nos conselhos e a concepção de democracia, elementos cruciais no processo de fiscalização e acompanhamento das ações de saúde, bem como em possíveis lutas por recursos e financiamento adequado no SUS, dado que os conselheiros também contribuem para a formulação de políticas públicas.

Na mesma linha de raciocínio, buscamos compreender como os conselheiros interpretam a dinâmica entre a gestão municipal de saúde e o conselho de saúde. Seria uma relação de dependência ou submissão? Eles conseguem manter sua autonomia?

Em outra subseção, examinamos como os conselheiros lidam com os instrumentos de gestão, como na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), no acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG), assim como a apresentação deste último pela gestão municipal ao conselho de saúde.

Procuramos também abordar de forma sucinta a Educação Permanente para a Participação Social no SUS e o anseio expresso pelos entrevistados por mais iniciativas e atividades destinadas à formação dos conselheiros. Encerramos com uma subseção na qual a pesquisadora reflete sobre a trajetória da pesquisa, possíveis desafios no atual cenário da participação comunitária no SUS, bem como sugere outras direções para investigações futuras.

É relevante salientar ao leitor que as citações diretas dos entrevistados foram transcritas em linguagem informal, conforme expressaram, preservando a oralidade. Portanto, é possível encontrar momentos nos quais ocorra repetição de palavras ou comprometimento na concordância verbal.

4.1 Caracterização dos conselhos municipais de saúde

Com o propósito de compreender o contexto e a conjuntura dos conselhos de saúde investigados, esta primeira seção tem como objetivo caracterizar os seis conselhos municipais da Planície Litorânea do Piauí. Inicialmente, destacamos de forma breve a realidade de cada município e discorremos sobre as condições estruturais, organizativas e regimentais que orientam as atividades desses conselhos. Em seguida, apresentamos elementos das experiências e motivações que influenciam os conselheiros entrevistados no desempenho de suas funções.

4.1.1 Condições institucionais dos conselhos de saúde

Segundo a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o Conselho de Saúde é uma instância colegiada (representada por diferentes entidades da sociedade que defendem os direitos humanos), deliberativa (poder de decisão) e permanente do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de Governo (municipal, estadual ou federal), com composição, organização e competência fixadas na Lei orgânica nº 8.142/90 (Brasil, 1990).

Dessa forma, partindo-se da realidade da participação social nas instâncias dos Conselhos de Saúde, espera-se desses espaços democráticos pluralidade e diversidade, não se limitando a representarem a sociedade, mas sendo “catalisadores” para o exercício da cidadania e da promoção da consciência sanitária (Esperidião, 2014).

Entretanto, pôde-se observar a partir dos relatos dos conselheiros entrevistados, que a maior parte dos Conselhos do Litoral piauiense apresentam dificuldades na participação comunitária, sendo compostos principalmente por membros da categoria profissional, que é o caso dos municípios de Luís Correia, Cajueiro da Praia, Caraúbas e Cocal. Abaixo seguem os principais aspectos de cada Conselho de Saúde aqui abordados.

Conselho de Saúde de Parnaíba-PI

A maior cidade do litoral piauiense, Parnaíba destaca-se em ser polo econômico, educacional, turístico e de saúde da Região da Planície Litorânea, atendendo aos municípios dos Estados vizinhos Maranhão e Ceará (CODEVASF, 2006). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Parnaíba conta com um posto de saúde e 36 unidades básicas de saúde, dos quais funcionam 42 módulos divididos no território.

O município conta com uma maternidade filantrópica, três hospitais (dois municipais e um estadual), uma santa casa com leitos psiquiátricos, dois Centros de Atenção Psicossocial, sendo um deles Álcool e outras drogas com atendimento 24 horas. Em outubro de 2020, o governo do Estado inaugurou o Centro Especializado de Reabilitação, para atender casos que obtiveram complicações motoras e respiratórias devido a COVID-19, entre outros casos.

O Conselho Municipal de Parnaíba foi criado em 1991 pela Lei nº 1.331 de 25 de maio de 1991 e atualizada pela lei nº 2.022 de 20 de fevereiro de 2004. Segundo o regimento vigente, o Conselho de Saúde é composto por cinco entidades representantes dos trabalhadores da saúde, 10 representantes dos usuários e cinco representantes do segmento gestão/prestadores de serviços, sendo estes divididos em dois representantes do governo municipal, um representante do governo estadual, dois representantes de prestadores de serviços de saúde filantrópicos e não filantrópicos. Dentre todos os segmentos, os representantes dos trabalhadores da saúde são os que enfrentam as maiores dificuldades para manter uma representação equitativa, participar ativamente das reuniões e contribuir na formulação de estratégias.

As reuniões ordinárias, que ocorrem pelo menos uma vez por mês, e extraordinárias, convocada pela presidência ou por requerimento da maioria simples dos membros, desde a pandemia, são realizadas na modalidade remota, com uso de aplicativo de videoconferência. Inicialmente, o pleno do Conselho teve dificuldades de realizar as reuniões, devido a resistência de alguns conselheiros, por não serem familiarizados com esta tecnologia, ou por não terem acesso à internet de qualidade.

Mesmo com essa dificuldade, o conselho de saúde, diferente de outros conselhos do município, é um dos mais atuantes:

(...) o conselho de saúde tem uma certa direção de funcionamento e os outros conselhos da cidade, principalmente os que trabalha com fundo, são pelo menos três, que é o da assistência social, da saúde e da educação que recebe dinheiro do governo federal diretamente. O que mais tem, digamos

assim, característica de conselho é o nosso, o conselho de saúde, porque se reúne constantemente, tem aqueles debates... (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Assim, no início de abril de 2021, os conselheiros que não dispunham de internet de qualidade, começaram a utilizar o auditório da prefeitura mediante solicitação da secretária executiva do Conselho Municipal de Saúde de Parnaíba.

O Conselho de Saúde de Parnaíba tem sua sede alugada pela prefeitura, localizada em um bairro próximo ao centro da cidade, mas de difícil acesso. A sede é uma casa que dispõe de quatro cômodos, sendo um deles a sala pequena onde ocorrem as reuniões; uma escada de madeira que leva ao segundo andar desativado; um quarto com banheiro onde fica o computador e o arquivo, uma cozinha logo ao lado.

Até novembro de 2019, os conselheiros municipais não tinham cópia do regimento interno do conselho no formato virtual. O regimento estava arquivado em uma pasta na estante da sala da secretaria do conselho, e apenas uma cópia estava disponível. No mesmo mês, essa cópia foi digitalizada e compartilhada com todos os conselheiros, uma vez que havia comentários de que muitos deles nunca tinham tido a oportunidade de ler o regimento.

Conselho de Saúde de Luís Correia-PI

O conselho de saúde de Luís Correia se aproxima, em alguns aspectos, da realidade de Parnaíba. A criação do Conselho Municipal de Saúde é da lei 408 do ano de 1991, sendo a mesma lei da criação do Fundo Municipal de Saúde.

O conselho não tem blog ou página no sítio eletrônico da prefeitura de Luís Correia. Até o ano de 2021, o regimento interno do conselho era exclusivamente disponibilizado em formato impresso. Conforme a entrevistada informou, no final desse mesmo ano, o regimento passou a estar disponível em formato digital no grupo do conselho, por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas.

Em relação à composição, o conselho tem 12 titulares e 12 suplentes, cumprindo a paridade dos segmentos. Entretanto, segundo a conselheira entrevistada, a maior parte dos conselheiros são “portarias do município”, ou seja, ocupam cargos de confiança na gestão do município, sendo estes conselheiros indicação direta dos gestores da saúde para ocupar vagas nos segmentos estabelecidos pela lei nº 8.142/90.

Segundo a conselheira, as reuniões ordinárias sempre acontecem, pois “sempre tem (quórum). É muito difícil não ter e como são todos, a maioria trabalha (para a prefeitura), né, tem os compromissos” (Entrevistada 5, dez de 2022), sugerindo que participar da reunião do conselho também é um processo de trabalho.

O conselho nunca teve sede desde a sua criação e as reuniões são realizadas “(...) Aonde dá. Tipo, hoje no auditório, nós estamos no auditório, hoje é na sala da secretária de saúde, nós estamos na sala da secretária de saúde” (Entrevistada 5, dez de 2022).

Entretanto, segundo a conselheira, “apontaram uma sala para o conselho de saúde” dentro da secretaria de saúde, em meados de agosto de 2022, “mas nunca aconteceu uma reunião lá dentro, porque tem muitas, tem muitos, tipo... Arquivo, tem muito... não sei o que. Então, tão trabalhando para liberar (a sala), então até hoje a gente não tem uma sala. (...) Uma sede própria” (Entrevistada 5, dez de 2022).

Esta realidade é semelhante aos dos municípios de Cajueiro da Praia, Cocal e Caraúbas do Piauí. Em todas essas cidades, o conselho também não tem uma sede e realiza as reuniões em espaços da secretaria de saúde.

Conselho de Saúde de Cajueiro da Praia-PI

O conselho de saúde de Cajueiro da Praia foi instituído pela lei municipal nº05 de 17 de janeiro de 1997. O município, assim como Luís Correia e Ilha Grande do Piauí, tem como uma das bases econômicas a pesca artesanal, extração do marisco, comércio local, turismo de sol e praia, artesanato e agropecuária de base familiar (IBGE, 2017).

O conselho tem em sua composição oito titulares e oito suplentes, entretanto, com baixa participação e pouca adesão da comunidade. Assim como Luís Correia, o conselho tem sua composição com trabalhadores do município, em que alguns ocupam vagas no segmento usuário. Entretanto, mesmo com a composição sendo a maior parte de “funcionários” da gestão, é trabalhoso conseguir quórum:

A participação no conselho é praticamente uma participação forçada da comunidade. A gente tem que estar pedindo sempre, que a gente tem uma reunião. A gente tem que estar mandando mensagem, nós montamos um grupo e nós ficamos pedindo pra que as pessoas participem, certo? (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Observa-se que as reuniões do conselho são realizadas mensalmente, sendo necessária intensa mobilização prévia para garantir a presença dos conselheiros. O planejamento das datas das reuniões é realizado com antecedência, e os conselheiros

utilizam ferramentas como grupos em aplicativos de mensagens instantâneas para trocar informações e marcar encontros.

Não obstante a realidade de Cajueiro da Praia, outros entrevistados destacam a participação ativa dos conselheiros, citando a presença em reuniões e a realização de debates e discussões. No entanto, outros afirmam que a participação é limitada e que nem todos os conselheiros têm a oportunidade de contribuir efetivamente.

O conselho também tem disponível uma cópia do regimento interno guardado em uma sala, localizada em uma Unidade Básica de Saúde, onde ocorrem as reuniões ordinárias.

O município de Cajueiro da Praia é composto pela sede do município e mais 18 comunidades espalhadas em zonas consideradas rurais, que não são próximas à sede do município. Talvez, um dos motivos da pouca adesão às reuniões seja a realidade de não existir transporte público entre as zonas rural e urbana.

A gente fica chamando: 'vamos gente participar, vai ter a reunião, a gente conta com a presença de vocês'. 'Por favor venham pra reunião', ou então a gente no dia da reunião manda o carro buscar, ou 'por favor venham vai ter a reunião do relatório quadrimestral' (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Conselho de Saúde de Ilha Grande do Piauí

Em 1994, de Povoador Morros da Mariana passa a ser município de Ilha Grande do Piauí, sendo o porto dos Tatus a entrada para o único Delta das Américas, na bacia do Rio Parnaíba (Rego, 2010).

Ilha Grande do Piauí, mesmo sendo farta nas exuberâncias naturais, não tem estímulo e políticas públicas para explorar o turismo de base comunitária, resumindo-se a passeios de barcos pelos mangues e fluentes do Rio Igaraçu. A cidade expressa-se economicamente na extração do marisco, caranguejo-uçá e na pesca, predominantemente, artesanal.

O município de Ilha Grande do Piauí acolhe uma população de aproximadamente 9.274 pessoas, sendo 51,12% homens e 48,88% mulheres. Não obstante aos outros municípios, o conselho tem dificuldade em reunir os conselheiros para as reuniões.

Assim como Parnaíba, o conselho de saúde de Ilha Grande do Piauí conta com a Comissão Permanente de Acompanhamento e Fiscalização. Nos dois municípios, os entrevistados perceberam mais participação dos conselheiros que fazem parte desta comissão, sendo composto por quatro integrantes e sete pessoas em Ilha Grande e Parnaíba, respectivamente.

Os conselheiros da comissão, eles são mais ativos, mais interessado. (...) Eles levam mais a sério. Os demais conselheiros, eles são desligado e só participam integralmente quando leva uma pressão, principalmente as do governo (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Assim como Luís Correia e Cajueiro da Praia, em Ilha Grande do Piauí há participação de pessoas ligadas à gestão, não empregadas diretamente, mas próximas. Curioso notar que, segundo o entrevistado, os conselheiros que representam as “entidades (...) eles participam, porque eles querem saber. Eles querem ver o que está acontecendo”, indicando interesse e participação dos conselheiros que representam o segmento usuário, ligado diretamente às “entidades da sociedade civil”, segundo o entrevistado.

Da mesma forma que acontece no conselho de Cajueiro da Praia, em Ilha Grande do Piauí, os conselheiros têm acesso a somente uma cópia do regimento interno, em um arquivo localizado em uma sala da secretaria de saúde.

O conselho de Ilha Grande do Piauí realiza suas reuniões “junto do secretário, na sala do secretário”, semelhante a Luís Correia. Entretanto, segundo relato do entrevistado de Ilha Grande, eles se reuniam na “casa dos conselhos” até entrar em reforma. A casa dos conselhos é um lugar que aglomera os conselhos municipais, geralmente em salas separadas.

Conselho de Saúde de Cocal-PI

De acordo com o último censo do IBGE (2022), a cidade de Cocal conta com 28.212 habitantes, com aproximadamente 54% concentrados na zona urbana. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui 12 unidades básicas de saúde, um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS-I), um Hospital Geral, um Laboratório Regional de Prótese dentária e uma equipe de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

A partir do contato com a conselheira entrevistada, tivemos acesso ao Regimento Interno do Conselho e, a partir dele, ao número da lei de criação do conselho municipal. Não há no sítio eletrônico da prefeitura de Cocal no Piauí a disponibilidade das leis, resoluções, normas do município, por mais que tenha a seção intitulada “Portal da Transparência”, onde é possível acompanhar as licitações, despesas, receitas, contratos, convênios e diárias da prefeitura.

Segundo o regimento do conselho, a lei municipal nº 908 de 12 de abril de 1991 institui a criação do Conselho Municipal de Saúde. No regimento, existem quatro

comissões permanentes, sendo uma delas a comissão de orçamento e finanças. Mas, curiosamente, a entrevistada mencionou que não existia esta comissão pois

(...) na verdade todos os conselheiros, eles se reúnem. Todas as pautas que vão ser discutidas, analisadas, aprovadas ou não, nós nos reunimos e admitimos no consenso, né, de aprovar ou não. Então a gente não tem, viu essa comissão (orçamento e finanças) (Entrevistado 2, fev. de 2023).

A entrevistada mencionou a ausência das outras comissões específicas para realizar visitas e elaborar relatórios referente a outras ações de saúde.

No regimento, não consta a quantidade de conselheiros, entretanto a entrevistada afirmou que são 22 conselheiros somados titulares e suplentes.

Por mais que tenham essa composição, a entrevistada afirmou que manter a paridade não é simples: “(essa) questão da divisão (paridade) foi até um pouco complicada, porque na época que foi, houve a eleição teve muitas pessoas que iam e acabaram desistindo, entendeu? Então assim, para montar um conselho que está hoje é muito difícil” (Entrevistada 2, fev. de 2023).

Conselho de Saúde de Caraúbas-PI

Diferente de Cocal, o conselho de saúde de Caraúbas não tem em seu regimento a comissão de orçamento e finanças. A lei municipal de criação do conselho é a de nº 06 de janeiro de 1997. Assim como nos demais conselhos municipais estudados, não há acesso público ao regimento interno. A conselheira entrevistada disponibilizou, em formato digitalizado, a única cópia impressa que os conselheiros têm acesso.

Com relação à composição do conselho de Caraúbas, o regimento define os “trabalhadores da saúde” como os “prestadores de serviços”. Essa designação é estabelecida no artigo 3º, em que são alocadas três vagas para representantes da secretaria de saúde, incluindo um coordenador dos serviços de saúde e um representante da secretaria de finanças. Além disso, o regimento reserva duas vagas para um representante dos prestadores de serviços públicos e um representante dos profissionais da área da saúde.

A composição destinada aos usuários é composta por dois representantes de entidades sindicais, dois representantes de associações comunitárias e um representante dos movimentos populares.

Segundo a resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a terceira diretriz segue o que foi proposto pelas Resoluções nº 33/92 e nº 333/03 do

CNS e em conformidade com as recomendações das 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde, a distribuição das vagas seguirá a seguinte proporção:

a) 50% para entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% para entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% para representação do governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (CNS, 2012).

É notável que, no regimento interno, o termo 'prestadores de serviços' é utilizado como sinônimo para se referir aos 'trabalhadores da saúde'. Além disso, chama a atenção o fato de que o regimento define um número específico de vagas para representantes no segmento de usuários do SUS, o que limita as possibilidades, em contraste com a abordagem da Resolução 453/2012 do CNS, que lista as diversas entidades que podem representar esse segmento.

Outra observação importante é a de que os “prestadores de serviços” no regimento do conselho de Caraúbas tem menor representação do que a composição do governo municipal, impondo um desequilíbrio de poder entre as representações. Ademais, percebe-se que, no regimento, não há paridade uma vez que a quantidade destinada ao governo municipal é maior do que a quantidade representativa dos trabalhadores da saúde.

No diálogo com a entrevistada, esses elementos não apareceram de forma compreensível. Provavelmente, porque a conselheira era da gestão do município ou por incompreensão das resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Alguns entrevistados destacaram a necessidade de formalizar o pedido para participar do conselho de saúde, através de um ofício, revelando, entre outras questões, que a paridade nem sempre está completa.

É importante questionar em que medida a ausência de eleições ou a seleção de entidades através de indicações formais ou aclamação pelo plenário do conselho contribui para a inclusão da participação popular nos processos de tomada de decisão na área da saúde. A terceira diretriz da resolução nº 453 de 2012 do CNS explica que nos municípios em que não houver entidades, instituições ou movimentos organizados em quantidade suficiente para compor o Conselho, a escolha dos representantes será feita através de uma plenária realizada de forma ampla e democrática, promovida pelo próprio Conselho Municipal.

Entretanto, outro questionamento surgiu: como realizar oxigenação, movimentação de outros e novos conselheiros, como proporcionar ambientes potentes para movimentos sociais se aproximarem dos conselhos municipais de

saúde na medida que é possível escolher os representantes, por mais que essa escolha tenha que ser realizada de forma ampla e democrática na plenária? Afinal, qual o significado de amplo e democrático para os conselheiros e para a resolução?

4.1.2 Experiência e motivação dos conselheiros

Abordaremos no presente tópico, as motivações e experiências na participação dos conselheiros de saúde a partir dos seus relatos. Elencaram algumas dificuldades enfrentadas, além de fatores que os incentivaram a serem conselheiros.

Os conselheiros entrevistados variam na faixa etária de 25 a 60 anos. Alguns são profissionais de saúde, enquanto outros usuários e gestão. O tempo de atuação dentro do Conselho de saúde varia entre eles. Alguns entrevistados mencionaram ter participado do conselho de saúde desde a sua criação, na década de 1990, enquanto outros entraram em 2019.

Foram entrevistados seis conselheiros, sendo dois homens e quatro mulheres. Destes, três conselheiros representavam o segmento usuário, duas trabalhadoras e uma era representante da gestão.

Quadro 02 – Síntese das principais informações dos entrevistados

Entrevistado (a)/ Cidade	Sexo	Faixa etária	Segmento/ Ocupação	Ano que lembra que está no conselho de saúde
1 – Caraúbas do Piauí	F	50 – 60 anos	Gestora do SUS / Técnica da saúde e administrativo	Desde a década de 1990
2 – Cocal	F	25 – 30 anos	Trabalhadora do SUS / Fisioterapeuta	Desde 2019
3 – Cajueiro da Praia	F	30 – 40 anos	Trabalhadora do SUS / Enfermeira	Desde 2010
4 – Ilha Grande do Piauí	M	50 – 60 anos	Usuário do SUS / Extrativista	Não soube informar com precisão, mas desde antes de 2013 já participava
5 – Luís Correia	F	40 – 50 anos	Usuária do SUS / Agente Comunitária de Saúde	Desde 2013
6 – Parnaíba	M	40 – 50 anos	Usuário do SUS / Técnico-administrativo	Participou da fundação do conselho em 1992 e retornou em 2019

Fonte: elaboração própria, 2023.

Em relação às entrevistadas do segmento trabalhador da saúde, entrevistou-se a presidente do conselho de um dos municípios e a outra trabalhadora estava no cargo de 1ª secretária. A única entrevistada que representava o segmento gestão também ocupava o cargo de 1ª secretária.

Uma das trabalhadoras entrevistadas era fisioterapeuta e a outra enfermeira que também atuava na coordenação de atenção básica do município. A gestora entrevistada era técnica de enfermagem, mas desempenhava atividade administrativa na secretaria de saúde.

Dos três entrevistados que representavam os usuários, o conselheiro de Parnaíba fazia parte da Comissão de Orçamento e Acompanhamento, o entrevistado de Ilha Grande estava na posição de presidente do conselho e a terceira representante do segmento usuário de Luís Correia frequentava o conselho participando das atividades gerais.

Dos entrevistados representantes dos usuários, um era trabalhador sindicalizado, outro era trabalhador rural e a terceira entrevistada era profissional da saúde, mas representava o movimento católico no município.

Os entrevistados do segmento usuários expressaram quais eram suas principais motivações em participar do conselho de saúde de seus municípios. Um deles contou que sua trajetória começou aos 15 anos de idade e sempre teve compromisso com as causas coletivas. Durante sua trajetória profissional, foi eleito vereador na primeira década dos anos 2000 e, atualmente, defende sua categoria profissional no contexto sindical, bem como em benefício do bairro onde reside. Em seu discurso, percebe-se muito afinho à transparência pública.

Acho que é um compromisso com a coisa pública, né. Acho que é a coisa mais importante. Porque a minha vida sempre foi essa, desde da adolescência, desde os 15 anos, que eu sempre trabalhei em movimentos em comunidade sem muita experiência. Mas você vai ao longo do tempo, você vai adquirindo a importância, né, de zelar pela coisa pública, de construir, de sugerir. Hoje, hoje, hoje, digamos que o único foco que eu estou, digamos assim, ligado é a questão da, nessa questão pública é a questão da, do conselho municipal de saúde. E que eu gosto de fazer, porque se existe uma coisa que eu prezo também, na minha vida, é a transparência, né? (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Outro conselheiro do mesmo segmento expressou que a sua principal motivação era de estar próximo das questões de saúde, pois afetam a população. Segundo ele, sempre tenta influenciar positivamente a Secretaria de Saúde e o governo municipal, defendendo melhorias e igualdade no acesso aos serviços de saúde. Ele expressa preocupação com injustiça ou favorecimento de amigos e parentes nos serviços de saúde. Nesta conversa, ele mostrou que o acolhimento é o primeiro passo para um sistema de saúde eficaz, e sempre que possível elogia os trabalhadores da saúde por sua dedicação ao cuidado.

Eu prezo muito pelo acolhimento e os nossos funcionários aqui do passado e de hoje, eles... as nossas enfermeiras e as nossas atendentes, elas são muito preparadas para isso. Elas dão muito ênfase nessa questão, acolhimento, isso é importante (Entrevistado 04, dez. de 2022).

A conselheira, representante do segmento usuário de Luís Correia, explicou que tem uma longa caminhada nos movimentos sociais, incluindo trabalho voluntário em ações da igreja católica e atuação como conselheira tutelar em anos anteriores ao do conselho de saúde.

Assim, ela desenvolveu um interesse por políticas públicas e pela forma como podem influenciar a comunidade. Sua motivação para estar no conselho de saúde é impulsionada pela vontade de contribuir, fiscalizar e ajudar a melhorar as políticas de saúde em prol do bem-estar da população.

Eu já tenho esse, esse meu lado social, né. Eu já sou voluntária há muitos anos, isso foi o que me motivou. Eu participo da pastoral há muitos anos. Fui conselheira tutelar também, muitos anos no município. Então, assim, as políticas públicas é uma coisa que me chama muita atenção e eu fui tomando gosto, né? E me interessando por essas políticas públicas. Saber, ter conhecimento de que forma a gente pode estar ajudando, de que forma a gente pode estar fiscalizando. Então isso foi o que me motivou (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Em relação às entrevistadas do segmento trabalhador da saúde, a conselheira do conselho de saúde de Cajueiro da Praia disse que sua motivação era inspirada no interesse que o conselho “funcionasse”. “Vontade que funcione né? Que as coisas funcionem, que a gente já trabalha aqui, né?” (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Nesse aspecto, analisou-se essa resposta a partir da categoria Condições de Produção da Análise do Discurso de Michel Pêcheux. A entrevista foi realizada em uma sala na secretaria de saúde com a presença de mais duas trabalhadoras, que não estavam participando diretamente da entrevista, mas que faziam parte do conselho.

Talvez essa resposta rápida tenha sido pelo contexto que se apresentava no momento da entrevista. Entretanto, nesta circunstância é importante notar a fala “que a gente trabalha aqui, né?”, pois, além de indicar um desejo para que as coisas “funcionem”, valoriza que o processo de trabalho seja eficaz.

Dessa forma, além dos elementos citados, essa resposta pode representar o trabalho exercido pela entrevistada, que estava como presidente do conselho de saúde e coordenadora da atenção básica do município. Assim, no cotidiano do trabalho, os dois cargos podem estar imbricados.

A conselheira que representa o segmento trabalhador da saúde em Cocal que exercia o cargo de 1ª secretária explica que sua motivação em participar ativamente, no conselho de saúde, era de garantir o processo de fortalecimento do SUS e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e equitativas.

É o poder participar, ativamente, do processo de construção do SUS, mas na verdade a gente tem, a cada dia que passa a gente vai construindo políticas públicas saudáveis e políticas públicas que tragam equidade. Então, assim, a partir do momento das nossas ações, não é só uma assinatura. Existe toda uma política pública, por trás disso, né? Então, assim, o que me motiva é saber que de alguma maneira a gente tá diminuindo as disparidades que existem (Entrevistado 02, fev. de 2023).

Ela enfatizou que a motivação vai além de assinar documentos, pois reconhece que as ações que desempenha são comprometidas com a criação de políticas públicas que reduzam as iniquidades na saúde, demonstrando comprometimento em trabalhar para um sistema de saúde mais equânime.

No discurso dessa entrevistada, é importante ressaltar que ela ocupava a posição de profissional de saúde recém-formada e recém-empregada. Destacar esses elementos é fundamental, pois grande parte de suas reflexões se concentra em discussões que têm lugar no ambiente universitário. Dessa maneira, é notável a consciência formadora da trabalhadora do SUS, que compreende que o sistema deve assegurar equidade aos usuários. Em sua posição como participante do conselho, ela enfatiza a importância de elaborar políticas públicas que garantam o acesso à saúde de qualidade.

A gestora entrevistada começou sua participação no Conselho de Saúde como suplente, pois trabalhava na vigilância sanitária. A vaga no conselho surgiu como oportunidade para contribuir e aprender sobre o funcionamento e papel do conselho.

Eu não, nunca tinha trabalhado nessa área (no conselho de saúde), né? Aí surgiu a oportunidade para eu ser suplente. Aí como eu não conhecia nada, né. Eu digo não, eu vou entrar como suplente pra poder dar uma contribuição e eu me informar como que é o conselho, pra que que ele serve, o que que ele executa. Aí daí quando terminou aí me botaram como titular. Aí depois suplente de novo, aí titular e agora conselheira (Entrevistada 1, jan. de 2023).

Com o passar do tempo, ela migrou de suplente para titular e, eventualmente, assumiu o cargo de conselheira com a função de 1ª secretária. Dessa forma, sua motivação inicial foi contribuir e adquirir conhecimento sobre o conselho e suas atividades.

Na fala da gestora, destacam-se alguns elementos interessantes, como o seu interesse em contribuir, mas ao mesmo tempo, ela menciona que foi colocada na

posição, sugerindo uma falta de escolha e uma destinação a um lugar que outras pessoas da gestão talvez não quisessem ocupar. Um elemento curioso é quando ela explica: "Aí daí quando terminou aí me botaram como titular. Aí depois suplente de novo, aí titular e agora conselheira".

Em suma, sugiram algumas reflexões: ser suplente ou titular exclui a condição de conselheira? Qual a diferença entre suplente, titular e conselheira? Existe diferença? Sendo suplente ou titular, deixa de ser conselheira? Ou conselheira significa o exercício de um “cargo” no conselho?

Na dinâmica dos conselhos, geralmente, a explicação que diferencia o suplente e o titular está relacionada às responsabilidades e ao grau de participação efetiva. O titular é o membro principal, com a responsabilidade plena nas decisões do conselho. O suplente, por sua vez, ocupa uma posição de substituição, assumindo o papel do titular em sua ausência. Talvez, na fala da entrevistada, a designação como "conselheira" refere-se à participação ativa no conselho, seja como titular ou suplente, mas ocupando o cargo de 1ª secretária.

Quadro 3 – Síntese da principal motivação de cada entrevistado

Entrevistado (a)/ Cidade	Sexo	Segmento/ Ocupação	Principal motivação que está no Conselho
1 – Caraúbas do Piauí	F	Gestora do SUS / Técnica da saúde e administrativo	Em contribuir e aprender
2 – Cocal	F	Trabalhadora do SUS / Fisioterapeuta	Garantir o fortalecimento das políticas públicas do SUS
3 – Cajueiro da Praia	F	Trabalhadora do SUS / Enfermeira	Para que as ações do conselho funcionem
4 – Ilha Grande do Piauí	M	Usuário do SUS / Extrativista	Ajudar a população em geral e defender melhorias na área da saúde
5 – Luís Correia	F	Usuária do SUS / Agente Comunitária de Saúde	Vontade de contribuir, fiscalizar e ajudar a melhorar a saúde
6 – Parnaíba	M	Usuário do SUS / Técnico-administrativo	Garantir a transparência na gestão

Fonte: elaboração própria, 2023.

4.2 Participação nos conselhos de saúde

Nas entrevistas, surgiram relatos sobre os desafios de coordenação e conciliação de horários entre os membros do conselho, devido às obrigações cotidianas individuais, que incluem a gestão de demandas domésticas e profissionais,

bem como responsabilidades familiares. Estes aspectos foram frequentemente destacados, principalmente nas declarações das conselheiras:

“Eu ainda sou cuidadora de mãe” (Entrevistada 1, jan. de 2023).

“Então, assim, a nossa forma de trabalhar tem sido muito difícil por conta dessa questão de horários, mas a gente tá conseguindo fazer.” (Entrevistada 2, fev. de 2023).

“(A presidente) não tem tempo, porque pelo que eu percebo da vida dela assim, ela não tem tempo. (...) Eu, se eu tivesse mais tempo, se eu não estivesse estudando, pelo menos” (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Um dos entrevistados disse que no conselho do qual participava foi possível interação entre os conselheiros, realizar mobilizações, mesmo durante a pandemia. Ao ser questionado como isso foi possível, ele explicou que, por um breve período, foi possível que o *quórum* das reuniões fosse atingido, que os conselheiros participassem de outras atividades relacionadas ao conselho, pois havia uma “gerência” pela mesa diretora. Ou seja, uma proximidade da mesa diretora com os conselheiros, pois as atas eram entregues nos *e-mails* de cada um deles e no grupo do conselho no aplicativo de mensagens instantâneas, por exemplo, movimentando as informações na tentativa de melhorar a comunicação.

No entanto, na época da entrevista ele explicou que o conselho passava por um momento de anestesia:

(...) Eu queria entender, porque eu vejo que não há uma massa dentro do conselho preocupada (com a população). Aí, você fica louco, sozinho, falando. E tem hora que ela (a presidente) fala muito mesmo, também cobrando e ninguém se manifesta, então fazer o que, né? É muito difícil, não é fácil, não. Eu, se eu tivesse mais tempo, (...) Eu ia me preocupar com uma coisa que é importante, que ele até alertou (...) e nós já colocamos isso naquela época. Os usuários teriam que ser mais, ter mais compromisso de dialogar, porque os usuários que é a parte principal, digamos assim, que representa (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Mesmo os conselheiros mais novos, que anteriormente estavam atuantes, haviam se distanciado e mostravam superficialidade e desconhecimento sobre as pautas das reuniões:

(...) na hora de entender a dinâmica da coisa assim, porque ficou distante e não aprofundou mais. Tá faltando essa articulação entre a gente, né. (...) Faltou mobilização mesmo. (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Uma das entrevistadas ressaltou que nem todos compreendiam a importância de participar do conselho de saúde e destacou o efeito positivo que a participação ativa pode ter nas ações e decisões do município.

Só que assim nem todo mundo entende a importância de você participar de um conselho de saúde que é por meio das nossas reuniões, das nossas pautas que a gente consegue trazer melhorias para o sistema único de saúde (Entrevistada 2, fev. de 2023).

A conselheira explicou que entende a importância de sua atuação e em participar do conselho de saúde uma vez que é trabalhadora da saúde e obteve acesso aos conhecimentos sobre o SUS na universidade que seus colegas não tiveram: “(...) porque assim, eu falo como profissional” (Entrevistada 2, fev. de 2023).

A partir das entrevistas, foi possível identificar que os conselhos realizam reuniões regulares, sem mobilização adicional entre os conselheiros, sendo um espaço formal e “cartorial”.

De acordo com relatos de alguns entrevistados, existe um núcleo de fiscalização dentro do conselho, composto por um grupo reduzido de pessoas que lideram as atividades e impulsionam a participação dos demais conselheiros.

Identificou-se a dificuldade para manter a presença e engajamento dos conselheiros, resultando em um número limitado de participantes nas reuniões e poucas atividades relacionadas à fiscalização e ao acompanhamento orçamentário.

Observou-se que, mesmo com a entrada de novos conselheiros, os debates e o envolvimento nas reuniões são limitados, o que impede a realização de ações mais efetivas.

4.2.1 Saúde: direito ou caridade?

A história do Brasil é marcada pela dificuldade no acesso aos tratamentos de saúde. Antes da criação do SUS, esse acesso variava de acordo com a classe social do indivíduo ou pela sua condição de emprego e renda mensal (Bertolli Filho, 2002; Machado; Baptista; Lima, 2007).

Para as pessoas que não possuíam uma renda estável e um emprego formal, a única opção de acesso aos cuidados de saúde eram as santas casas de misericórdia, instituições criadas por seguimentos religiosos. No entanto, esses hospitais enfrentavam desafios financeiros significativos, o que muitas vezes resultava em tratamentos limitados e focalizados na caridade, em vez de abordagens de cuidado mais abrangentes e eficazes (Bertolli Filho, 1996; Machado; Baptista, Lima, 2007).

No entanto, surge uma pergunta: por que abordar o tema da caridade e do direito a saúde no discurso dos conselheiros, especialmente considerando que este

trabalho analisa aspectos de fiscalização e acompanhamento das ações de saúde? Conforme delineado no referencial teórico e na trajetória metodológica, a Análise do Discurso Materialista de Michel Pêcheux sustenta que o discurso carrega consigo ideologia, desencadeando práticas.

A Análise do Discurso Materialista (AD) de Michel Pêcheux fundamenta-se na ideia de que o discurso não é apenas uma representação neutra da realidade, mas sim uma prática social que carrega consigo elementos ideológicos. Na perspectiva materialista de Pêcheux, a linguagem e o discurso são vistos como partes integrantes das relações sociais e de poder (Orlandi, 1999).

Essa abordagem argumenta que os discursos não são meramente reflexos de uma realidade exterior, mas sim construções sociais que participam na construção de significados e na produção de sentidos. A ideologia está presente nos discursos, moldando a forma como as pessoas percebem e interpretam o mundo ao seu redor. Além disso, a AD de Pêcheux também destaca a relação entre discurso e práticas sociais, argumentando que o discurso não apenas reflete, mas também contribui para a reprodução e transformação das práticas sociais.

Portanto, a análise do discurso materialista de Pêcheux enfatiza a importância de considerar o papel da ideologia no discurso e como o discurso está envolvido em práticas sociais mais amplas.

Assim, refletir sobre o discurso na prática cotidiana do conselho é imperativo para compreendermos se estamos alinhados com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, como podemos fiscalizar e acompanhar as ações de saúde, combater o subfinanciamento e o desfinanciamento do SUS, exigir recursos financeiros e aplicá-los de maneira eficaz, se não reconhecermos a saúde como um direito conquistado, que todos podem e devem acessar?

A pesquisadora achou necessário trazer elementos das falas dos entrevistados, que surgiram no diálogo, para refletir sobre a ideia que aparece em forma de memória discursiva e que ainda transita no imaginário do brasileiro, de saúde não como direito, mas como caridade.

Neste sentido, uma das entrevistadas do segmento trabalhadora da saúde, explicou que, enquanto profissional, atuava ativamente, mas percebia que nem todos os membros eram assim e que além da sua atuação como trabalhadora, também lutava pelo sistema de saúde como usuária.

(...) nem todo mundo ainda consegue compreender a importância que é, com o conselho de saúde, porque assim, eu falo como profissional, assim eu como profissional posso fazer melhorias para o setor do assistencialismo, enquanto os profissionais estão trabalhando e também como usuária do sistema (Entrevistada 2, fev. de 2023).

Mediante esta fala, o intuito será pensarmos sobre o termo “assistencialismo” utilizado pela entrevistada. Para melhor compreensão, existe uma diferença entre assistencialismo, assistência e Assistência Social. Como explica Sposati (1998), assistencialismo é oposto ao conceito de direito. Envolve o acesso a um bem por meio de uma doação ou benesse, o que implica a existência de um doador e um receptor. Nessa dinâmica, o receptor pode se tornar dependente, apadrinhado ou mesmo se sentir em dívida.

Por outro lado, a assistência é a oferta de proteção social por meio de subsídios, apoio, orientação e referências. Essa relação de proteção pode ocorrer nas relações informais, como entre famílias, parentes e vizinhos, bem como por meio de uma legislação social que garanta direitos e exija que o Estado seja responsável pelos serviços e benefícios (Sposati, 1998).

A Assistência Social representa uma política pública que visa atender e defender direitos, especialmente o direito à sobrevivência em condições éticas e dignas, construídas historicamente dentro de uma sociedade específica (Sposati, 1998).

Nesse sentido, considerando a categoria de interdiscurso ou memória discursiva da análise do discurso de Michel Pêcheux (1988), podemos inferir que a conselheira remeteu o seu ambiente de trabalho, nesse caso a Unidade Básica de Saúde, como um lugar do altruísmo, da filantropia, da beneficência e da benemerência, na medida em que assistencialismo representa estes fundamentos da ação religiosa de ajuda, auxílio e amparo aos pobres e miseráveis (Sposati *et al.*, 2007).

Não obstante ao mesmo raciocínio da entrevistada acima, outro participante mencionou a importância do acolhimento no sistema de saúde e a busca, no cotidiano do trabalho do conselheiro, por melhorias para a população, especialmente para aqueles “menos favorecidos”.

Importante compreendermos a ideia de “menos favorecidos” que aparece no discurso quando o questionamento envolvia a motivação do entrevistado em estar na posição de conselheiro de saúde:

É justamente estar próximo, estar perto de ver o que está acontecendo. O que pode acontecer, em defesa daqueles menos favorecidos, buscando junto a secretaria de saúde, ao governo. Melhorias para aprovar algumas coisas que possam chegar ao alcance, que às vezes eu vejo muita injustiça, né? Na própria Secretaria, nos postos (...) (Entrevistado 4, dez. de 2022)

A Lei nº 8.080 de 1990, traz em seu Capítulo II, quatorze “Princípios e Diretrizes” do Sistema Único de Saúde. Dentre eles, destacamos a universalidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação da comunidade. Nesta perspectiva, a ideia de que a Unidade Básica de Saúde atende somente aos “menos favorecidos” se aproxima da memória discursiva de que o SUS está destinado ao amparo dos “pobres e miseráveis”.

O artigo 196 da Constituição Federal assegura que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Isso significa que a saúde não é um serviço ao qual se tem acesso somente mediante pagamento, mas sim um direito que abrange todos os cidadãos brasileiros, independente de raça, credo ou classe social. Nesse sentido, o princípio da universalidade, juntamente com os demais princípios, é influenciado pelo conceito ampliado de saúde.

Esse conceito foi melhor expresso na definição de saúde estabelecida na VIII Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4).

Dessa forma, o acesso à saúde deve considerar todas as dimensões do ser humano, assegurando o direito de todos à atenção, à saúde (Matta, 2007).

Entretanto, o entrevistado mostra-se atento a questões relacionadas ao patrimonialismo, explicitando em seu discurso a divisão entre público e privado:

Na própria Secretaria, nos postos, as pessoas, é... meu amigo eu vou atender, minha amiga, eu vou lá o favorecer, eu vou logo dar uma consulta, eu vou dar um remédio, dá um medicamento e a minha intenção foi estar sempre defendendo a causa da maioria e que fosse igual para todos, porque a saúde ela é para todos. É como nosso Deus e o Sol né? E os gestores, os gestores, não podem favorecer amigos, só amigos, só parente. Eles têm que ser no geral...principalmente aqueles mais humildes. Eu estou aqui na cadeira. É muito fácil. Tudo para mim é bom, tudo é fácil (Entrevistado 4, dez. de 2022).

4.3 Noção de democracia nos conselhos de saúde

A proposta desta dissertação iniciou em 2021 em formato de projeto de pesquisa. A conjuntura era de pandemia de COVID-19, incertezas sobre a aquisição

de vacinas, escândalos sanitários e políticos (Brasil, 2021), milhares de mortos por COVID-19 devido a irresponsabilidade de alguns governos, principalmente o federal (The Lancet, 2020), além dos retrocessos desencadeados pela contrarreforma trabalhista que atacou a população desde 2017 (Passos; Lupatini, 2020).

Mesmo com esse cenário devastador, percebeu-se um reforço na atuação do Conselho Nacional de Saúde, reafirmando a saúde como um direito e a necessidade de fortalecimento do SUS como via para uma democracia mais forte (Ferla *et al.*, 2022).

Neste contexto, um dos questionamentos realizados aos entrevistados foi se eles achavam o conselho de saúde um lugar democrático. A maioria dos entrevistados responderam que achavam o Conselho de Saúde um espaço democrático.

Entre as respostas, muitos reconheciam o conselho como um lugar de discussão e debate sobre questões relacionadas à saúde pública. Entretanto, alguns entrevistados mencionaram que, por mais que ocorressem os debates, o conselho tendia a se tornar excludente quando surgiam divergências, principalmente para os trabalhadores do município.

Poucos foram os entrevistados que apontaram que, embora o conselho seja composto por membros que trabalham na gestão do município, é viável expressar opiniões divergentes ou questionar as decisões da administração.

Porque quando tem as reuniões, né, cada um vai expor o que ele acha da... daquela, aqueles, como é que se diz, como é que diz o nome, as pautas que vão ser apresentada e discutida na reunião. Mesmo as pessoas sendo da gestão, eles opinam, mesmo que eles não estejam achando correto, entendeu? (Entrevistada 01, jan. de 2023).

Outros questionaram o conselho como um lugar democrático e apontaram situações em que se sentiram intimidados ao expressar opiniões ou sofreram represálias por suas posições.

Ressaltou-se também que não é comum que os conselheiros participem ativamente ou expressem suas opiniões, o que pode sugerir, neste caso, inibição dos membros em expor suas ideias.

4.3.1 A noção de democracia do segmento usuários do SUS

Dos entrevistados do segmento usuário, um deles percebia o Conselho de Saúde como um espaço democrático e de debate. Embora seja um lugar de divergências e concordâncias, destacou que as pessoas têm liberdade para expressar

suas opiniões, mesmo que isso envolvesse debates acalorados. O conselheiro acredita que, quando as dúvidas são sanadas, as pessoas compreendem e ele associa à democracia no conselho.

Então as pessoas são livres, fala o que quer, elas chamam, elas gritam, elas citam, elas incitam. Então isso é uma democracia e no final todo mundo se entende, quando as dúvidas são esclarecidas (Entrevistado 04, dez. de 2022).

Outro entrevistado do mesmo segmento apontou que, ao longo dos anos, houve uma lógica política que esfriou a participação popular e desmobilizou o processo de fiscalização e acompanhamento dos conselhos na gestão municipal. Ele menciona que pessoas com interesses próprios, menos engajadas e preparadas para assumir e participar das atividades, foram incorporadas ao conselho, enfraquecendo-o, sendo importante refletir sobre o esvaziamento participativo dos conselhos de saúde.

Aí essa consequência da desarticulação e hoje você não tem força nos mecanismos sindicais, populares, não tem. Hoje se você formar um sindicato é a maior dificuldade. Hoje pra você formar um conselho é a maior dificuldade. Hoje você entra num bairro desse como nosso aqui pra você falar em associação de moradores, esqueça! Ninguém acredita mais. Ninguém! Porque tudo isso foi, foi assim como se fosse... Foi, é, que era para ter sido o contrário. Essa é uma crítica que eu faço aos governos populares que nós tivemos. Eles não tiveram a preocupação de fomentar, as lideranças lá onde elas estão. Eles captaram as pessoas. Muitos quiseram entrar (no governo), logicamente, que lutaram por isso por muito tempo, mas esqueceram essa evasão aqui, entendeu? (Entrevistado 06, dez. de 2022).

Mediante esta resposta, o funcionamento e a eficácia do Conselho de Saúde foram afetados por mudanças políticas, especialmente com a entrada dos governos com propostas mais populares. Isso sugere a presença de uma ideologia política que influenciou a percepção do conselheiro em relação ao funcionamento do conselho.

Percebe-se, na resposta do entrevistado que, com a emergência de um governo com ideologia mais popular, esperava-se fortalecer espaços como os conselhos de saúde. Entretanto, na experiência do entrevistado, ocorreu um esvaziamento.

Dessa forma, o conselheiro mencionou que, por mais que exista uma diversidade de segmentos representados no conselho, tornou-se comum a presença de pessoas desinformadas sobre o controle social no SUS ou com outros interesses pessoais e individuais.

Outros conselheiros apontaram para uma relação de dependência entre o conselho e a gestão. Eles enfatizam a influência da gestão sobre o conselho, seja

através do vínculo empregatício dos conselheiros com o município, da necessidade de autorização para uso de recursos pelo próprio conselho ou da percepção de falta de autonomia do conselho em relação à gestão.

De acordo com a perspectiva da Análise do Discurso Materialista, é essencial investigar o contexto histórico para compreender o momento contemporâneo.

Nesse sentido, um dos questionamentos elaborado no roteiro de entrevista semiestruturado era a interpretação da dinâmica entre o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a gestão municipal. Nosso objetivo era compreender se a relação era de autonomia ou dependência na perspectiva de orientação política e das ações desenvolvidas no conselho.

Quando questionamos como ele observava a relação do Conselho Municipal de Saúde com a secretaria de saúde, ou seja, se era uma relação de mais autonomia ou submissão, um dos entrevistados respondeu: “Não, não tem dependência (...) A gente tem harmonia, nós não temos dependência” (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Entretanto, logo em seguida, ao complementar a resposta, ele se contradiz: “Somos harmônicos, respeitamos né? E eles respeitam, a gente toma as nossas decisões, tá, como recentemente a gente se reuniu” (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Ele manifestou que alguns membros do conselho ficam temerosos com “alguma repressão”:

Obviamente que aqui, acolá tem um membro, por ser da gestão temerosa às vezes teme alguma repressão e toma uma iniciativa às vezes que não é cabível. Por exemplo, não vota com os pares, mas isso não tem prejudicado... Aqui, acolá, tem aqueles medrosos mesmo que a autonomia está nele, mas não, o conselho mesmo é autônomo, tranquilo (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Afirma, assim, que o conselho não tem dependência da gestão municipal e que eles têm autonomia para tomar decisões. No entanto, ele menciona que alguns membros, por pertencerem à gestão, têm receios ou temores que possam afetar sua atuação no conselho. O conselheiro destaca que a autonomia está presente no conselho e que esses casos isolados não prejudicam a autonomia geral do órgão, que é “tranquilo”.

Embora tenha sido observado que alguns membros da gestão podem adotar posições distintas ou optar por não votar de acordo com seus colegas devido a receios, podemos inferir que esses temores estão relacionados a um ambiente percebido como pouco democrático. O conselheiro menciona que alguns membros,

por pertencerem à gestão, às vezes têm receio de repressão e tomam iniciativas que não são cabíveis.

Isso sugere que existe um ambiente em que opiniões divergentes ou contrárias à gestão podem ser desencorajadas ou reprimidas. Essa falta de liberdade para expressar opiniões e tomar decisões de forma autônoma pode indicar um ambiente pouco democrático, em que a dependência em relação à gestão é percebida como uma ameaça.

Entretanto, em seguida, o mesmo entrevistado afirma que, mesmo que alguns conselheiros tenham receio em se expressar, o conselho é um espaço democrático:

Sim, tranquilo. (...) Porque é muito debate, é muitas discussões, tá. É a divergência, a discórdia, a concórdia, tá entendendo? Então as pessoas são livres, fala o que quer, elas chamam, elas gritam, elas citam, elas incitam. Então isso é uma democracia e no final todo mundo se entende, quando as dúvidas são esclarecidas (Conselheiro 4, dez de 2022).

Curioso notar que o mesmo questionamento feito a outra conselheira, porém a resposta foi: “Eu não acho, assim, tão democrático. [...] Porque eu acho assim, que ele (o conselho) ... Eu acho que não, tem coisas que a gente se sente assim, tipo privada. De algumas formas, a gente se sente privada” (Entrevistada 5, dez de 2022).

Importante destacarmos que, diferente do entrevistado anterior que tem um histórico de atuação político-partidária, com influência nas instâncias de gestão, em especial na saúde do município, esta entrevistada é trabalhadora da saúde. A entidade a qual ela representa ocupa o segmento usuário do SUS no Conselho de Saúde e, tanto a entidade quanto o nome da entrevistada, foram indicações da gestão municipal.

Dos conselheiros entrevistados verificou-se que dois foram representantes políticos eleitos, enquanto as outras conselheiras pertenciam ao segmento trabalhadores da saúde, por mais que uma delas representasse a gestão municipal e a outra entrevistada afirmou por duas vezes que foi “indicação do município”. Entretanto, em seguida disse “Aliás, de entidade”, corrigindo. Por mais que tenha realizado retificação do que havia falado, a entrevistada representa o segmento usuário, mesmo sendo trabalhadora da saúde.

É realidade dos municípios que trabalhadores do SUS, como os agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, que participam de movimentos sociais, representem o segmento usuário no Conselho. Segundo a resolução 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), orienta-se que seja avaliado se

a(o) conselheira(o) consiga desempenhar seu papel de forma autônoma, sem ferir sua representatividade e decisões, segundo a diretriz terceira, inciso VII:

A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a) (CNS, 2012).

Esta entrevistada explica seu ponto de vista:

Um exemplo, tem situações que acontecem no conselho, se você não tiver coragem suficiente para cobrar e dizer que [...] ‘tem que acertar isso aqui’, ‘isso aqui tá errado’, ‘isso aqui aconteceu e isso aqui tá errado’. Um exemplo, eu sei todas as reuniões do conselho qualquer cidadão pode participar, que é uma reunião aberta, a população ela pode participar. O que não pode é você participar de uma reunião de conselho como conselheira, eu que sou conselheira, né, você não pode participar de uma reunião como conselheira e depois no mesmo dia ou no dia seguinte e você, simplesmente ser apontada como o bicho papão. ‘É fulano que está denunciando’, ‘é fulano que está indo lá’, ‘é fulano que está falando’, ‘é fulano que está isso’, então o seu nome já fica citado, entendeu? Então eu acho que isso não é democracia (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Nessa fala, a entrevistada aponta que os membros do conselho não podem se posicionar livremente como conselheiros, pois ela sente que ao se manifestar fica marcada ou "citada" como ela mesmo disse.

Curioso notar que a entrevistada utiliza a expressão "fica citado", o que pode remeter a categoria analítica de análise do discurso francesa chamado interdiscurso. Assim, “fica citado” pode lembrar uma outra expressão “fica fichado”. “Ficar fichado” é uma expressão geralmente utilizada por pessoas que cometeram algum ato infracional e que tem a sua identidade registrada no sistema da polícia.

Interessante notar também que a entrevistada coloca o conselho como esse sistema de polícia, que se houver qualquer manifestação contrária ou que desagrade a gestão ou a maioria dos membros do conselho, o conselheiro fica exposto e “marcado”, “fichado”.

Nota-se que a percepção de democracia pode variar de acordo com o contexto e a experiência de cada conselheiro. Enquanto um conselheiro enfatiza a existência de debate e liberdade de falar, outros conselheiros mencionaram questões como ausência de participação, falta de importância atribuída aos conselheiros ou dificuldades na efetivação das demandas.

E aí eu lhe digo exatamente isso, porque eu represento uma base, represento na comunidade. E as demandas que eu levava como base não eram mais ouvidas. Se não era ouvida, que agora que era pra ser ouvida, pra fortalecer as lideranças, não é ouvida, entendeu? (...) As Pessoas perdem a credibilidade com a liderança local, porque se antes não fazia, porque não era do mesmo lado. Exemplo: hoje você não consegue resolver, então pra que que serve esses movimentos? Pra que que serve as suas lideranças

também? Então acaba ficando saindo de foco, o lado coletivo e passa a vigorar o único, exclusivamente, do lado individualista, cada um faz, eu acredito em fulano de tal, porque faz. E assim aqueles, aquele aspecto coletivo que a gente sempre gosta de falar e que é importante, ele foi praticamente destruído, ele não, praticamente, não existe. Ou então fazer movimento de greve, fazer movimento, ele não trouxe segurança e assim por diante. E o pior que nesse governo, depois que a gente, o governo do PT (partido dos trabalhadores) saiu, parece que foi aí foi que, foi anestesiado mesmo, porque não consegue mais unir o campo. Você não vê movimento, MST paralisou totalmente, você não vê, você não vê nada (Entrevistado 06, dez. de 2022).

4.3.2 A noção de democracia para o segmento gestor e trabalhador do SUS

Das conselheiras entrevistadas do segmento trabalhador de saúde, uma delas respondeu que há esforços para que o Conselho de Saúde seja um espaço democrático. No entanto, esses esforços podem ser comprometidos devido à falta de participação ativa de alguns conselheiros. Ela sugere que esses conselheiros podem não compreender a importância de suas vozes e papéis dentro do conselho.

Na verdade, assim a gente até tenta ser democrático, né, a questão é que às vezes as pessoas acabam que não... não participam. Alguns conselheiros não participam dessas tentativas de democracia, né. Na verdade, é como se alguns componentes não têm, como eu te falei, não entendessem a importância da sua voz ali, enquanto conselheiro de saúde. Então assim, por partes, né, de alguns, sim, é um espaço democrático, mas por parte de outros, não, é um corpo mole. (...) tem outros que não expressem sua opinião. Não é tão participativo (Entrevistada 2, fev. de 2023).

Enquanto alguns conselheiros contribuem no conselho, outros parecem ser menos participativos, não expressando suas opiniões e atuando de forma passiva. A trabalhadora descreve o Conselho de Saúde como democrático em partes, sugerindo que a democracia não é uniformemente praticada por todos os membros do conselho.

Para esta conselheira, democracia está diretamente ligada à participação ativa. À medida em que um conselheiro se exime em participar ativamente dos processos decisórios dentro do conselho de saúde, outros conselheiros mais participativos tomam as decisões, tornando o processo de trabalho no conselho menos democrático.

Curioso notar a expressão coloquial "corpo mole" em sua resposta. Coaduna com a visão da entrevistada de que alguns conselheiros não estão participando ativamente ou não estão se esforçando o suficiente para exercer a democracia no conselho.

Essa expressão pode ser considerada como um marcador ideológico na resposta, implicando em uma visão negativa sobre a falta de participação ativa de alguns conselheiros. Portanto, a expressão "corpo mole" na resposta da trabalhadora

pode ser analisada como um elemento que reflete a percepção de desafios na promoção da democracia no Conselho de Saúde e na participação ativa de todos os conselheiros.

A outra conselheira entrevistada, representante do segmento trabalhador do SUS, sugeriu que o conselho é um lugar em que os membros têm a oportunidade de expressar suas opiniões, mesmo que destoem da gestão. Ou seja, mesmo sendo composto por pessoas que trabalham na gestão municipal de saúde, o conselho permite que seus membros expressem opiniões contrárias às decisões ou práticas da gestão.

Mesmo assim... mesmo... sendo assim formado por nós que trabalhamos aqui. Eu acho que se algum de nós colocasse uma opinião contra alguma coisa que fosse mesmo sendo algo da gestão. Se algum de nós chegasse pra secretária e dissesse algo que fosse contra eu acho que ela escutaria, né? Se eu chegasse: Olha secretária, eu acho que isso aqui não tá legal. Eu não estou gostando de tal aqui. Eu acho que ela ia arregalar os olhos e ficar com os olhos desse tamanho e dizer: “Por quê? Que que tá acontecendo?”. Eu acho que ela escutaria. Ela ia querer entender o porquê daquilo ali (Entrevistada 03, dez. de 2022).

A partir dessa resposta, a pesquisadora analisou-a pelo prisma da categoria posição-sujeito da análise do discurso materialista francesa. Nesse sentido, a conselheira estava presidente do conselho de saúde, coordenadora da atenção básica e tinha vínculo com a gestão municipal de saúde.

A partir disso, uma pergunta surge: qual a posição que a entrevistada assume quando respondeu ao questionamento?

Ao trazer a secretária de saúde, coloca-a no centro da discussão, afirmando que acredita que se um membro do conselho elencar uma preocupação ou crítica, a secretária de saúde estaria disposta a ouvir e entender as razões por trás dessa manifestação.

Dessa forma, diferente da primeira trabalhadora da saúde entrevistada, que compreendeu a relação de democracia com a participação ativa dos conselheiros de saúde, esta trabalhadora, talvez pela posição que ocupava em várias instâncias (profissional, presidente e gestora), compreende a democracia no conselho quando há manifestações contrárias à gestão municipal de saúde e estas são recebidas sem retaliações pela secretaria municipal de saúde.

Dessa forma, talvez, a resposta da entrevistada aproxime-se da posição que ela ocupa enquanto coordenadora da atenção básica e próxima da gestão municipal.

Na mesma compreensão da trabalhadora acima, a resposta da gestora entrevistada de outro município foi semelhante. A resposta indica que mesmo os membros do conselho pertençam a gestão, têm a liberdade de expressar opiniões que possam destoar da posição oficial da gestão.

Porque quando tem as reuniões, né, cada um vai expor o que ele acha da daquela, aqueles, como é que se diz, como é que diz o nome, as pautas que vão ser apresentada e discutida na reunião. Mesmo as pessoas sendo da gestão, eles opinam, mesmo que eles não estejam achando correto entendeu? (Entrevistada 01, jan. de 2023)

Dessa forma, utilizando também a categoria de posição-sujeito, percebe-se que a gestora enfatizou que a gestão municipal assume posição central no conselho de saúde, na medida em que os conselheiros, mesmo aqueles que fazem parte da secretaria de saúde, têm a liberdade de opinar.

4.3.3 Orçamento dos conselhos

Os entrevistados foram provocados ao serem questionados sobre a dotação orçamentária e segundo um dos entrevistados, o conselho não possui uma dotação orçamentária para realizar eventos, atividades ou ações, enquanto outros não souberam responder se o conselho tem dotação orçamentária.

No município de Parnaíba, na Lei Orçamentária Anual (LOA)² 2022, a dotação orçamentária para manutenção das atividades do conselho municipal foi de R\$ 80.000,00 e no ano de 2021, a mesma dotação orçamentária foi de R\$ 61.000,00.

Segundo o entrevistado 6, esse recurso não é suficiente para cobrir as despesas e mesmo o conselho tendo esta dotação, fica sob responsabilidade do fundo municipal de saúde (FMS), acarretando inflexibilidade nos gastos imediatos do conselho.

O conselheiro disse que nas reuniões do conselho de saúde tem sido discutida a falta de autonomia do recurso do órgão. Uma das críticas é a localização e o valor do aluguel da sede. Além disso, parte desse recurso vai para o pagamento de duas funcionárias - a secretária executiva e a ajudante de serviços gerais -, além de despesas de material de escritório e limpeza, energia, água etc.

Entretanto o conselheiro destaca: “Mas só que as demandas de funcionamento, principalmente do conselho, não são atendidas”. (Entrevistado 6, dez. de 2022).

²A Lei Orçamentária Anual estabelece as receitas e despesas do governo federal, estadual e municipal para o próximo ano, determinando a alocação de recursos em cada área e sua origem financeira.

Diferente de Parnaíba, o regimento interno do CMS de Caraúbas é de 1996 e no artigo 11º autoriza o prefeito a liberar um crédito especial de R\$ 50.000,00 para promover a instalação do Conselho Municipal de Saúde.

Entretanto, na LOA de 2021 e 2022, não houve previsão de financiamento para a manutenção e execução das ações do Conselho de Saúde de Caraúbas do Piauí. A entrevistada 1 desconhecia sobre valores para manutenção das ações do Conselho.

4.4 Dependência, submissão e autonomia dos conselhos

Um dos objetivos propostos pelo presente estudo foi compreender se a relação entre conselho de saúde e gestão municipal era de autonomia ou submissão, a partir da percepção dos entrevistados.

Entendemos a autonomia na perspectiva de Rosana Onocko Campos e Gastão Wagner Campos em seu texto “Co-construção de autonomia: o sujeito em questão”, presente na obra Tratado de Saúde Coletiva.

Neste ensaio, os autores explicam que “a produção em saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma” são objetivos fundamentais para o trabalho em saúde, envolvendo nesses processos os trabalhadores e os usuários (Onocko-Campos; Campos, 2006).

Autonomia, segundo os autores, é “a capacidade do sujeito lidar com a sua rede de dependências”. Assim, a partir desse ponto de vista autonomia é “um processo de constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (Onocko-Campos; Campos, 2006, p.669)

Mediante o exposto, e retomando o questionamento realizado na entrevista “no que diz respeito às decisões políticas e atuação dos conselheiros, na sua percepção, a relação entre conselho de saúde e gestão municipal é de autonomia ou submissão?”, um dos entrevistados descreveu a relação como uma parceria entre o conselho e a prefeitura, em que ambos trabalham juntos, embora o conselho também exerça o papel de fiscalização das ações da gestão. Apesar disso, o conselheiro menciona que o conselho possui autonomia.

Mediante essa resposta, outro questionamento surgiu no momento da análise das entrevistas. Afinal, essa perspectiva de parceria sugere uma relação mais equilibrada e colaborativa entre o conselho e a gestão?

No que foi exposto pelos entrevistados, quando houve menção sobre parceria, geralmente eram conselheiros que tinham laços estreitos com a gestão, seja como trabalhadores da saúde ou proximidade político-partidária.

Outra participante da pesquisa considera que o conselho é mais submisso em relação à gestão. Ela apontou que a maioria dos conselheiros eram funcionários municipais e que isso influenciava na relação de dependência. A lotação do local de trabalho na gestão municipal dos conselheiros era mencionada como um exemplo dessa dependência.

(...) (o conselho de saúde) é mais dependente da gestão. Porque os próprios, é como eu digo, a maioria dos nossos funcionários (...) Aliás, a maioria dos conselheiros. (...) eles são lotados no município. Um exemplo, o nosso conselho hoje ele tinha a maioria que não era lotado (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Embora a entrevista tenha sido planejada com base no conceito de Rosana Onocko-Campos e Gastão Wagner Campos sobre autonomia e dependência, no momento da entrevista, não foi mencionado esta distinção conceitual.

Os autores elucidam que não compreendem “autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta”. Assim, compreendemos que a utilização do termo ‘dependência’, conforme mencionado pela entrevistada, reflete uma relação de submissão. Ela destaca que a maior parte dos conselheiros são trabalhadores ou portaria da gestão municipal.

Outra conselheira expressou que existia uma relação de dependência entre o conselho e a gestão. Ela destacou que a maioria dos conselheiros são funcionários municipais e que o conselho não é uma iniciativa voluntária da população. Essa dependência é atribuída à falta de procura e participação da população pelo conselho.

Porque assim, a maioria é funcionário, não é? Eu percebo assim dessa forma, acho que é uma relação de dependência. (...) Porque assim ele (o conselho), não é uma coisa voluntária? (Entrevistada 3, dez. de 2022).

A autonomia é co-constituída por um conjunto de fatores e deriva do sujeito, do indivíduo e da coletividade. Diante disso, os autores falam em “co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo saúde/doença” (Onocko-Campos; Campos, 2006, p.670).

Isto significa que o sujeito é “co-responsável” por sua formação e pela formação do ambiente em seu entorno. Contudo, a autonomia é influenciada por fatores externos ao sujeito, mesmo que ele tenha colaborado na criação dessas circunstâncias. Depende, também, da presença de leis democráticas, do

funcionamento da economia, das políticas públicas, dos valores sustentados por instituições e organizações, e da cultura na qual está inserido (Onocko-Campos; Campos, 2006).

Nesse ponto, é curioso notar que, mesmo que tenhamos as leis orgânicas do SUS e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde as quais apoiam os conselhos de saúde, não percebemos o fortalecimento desses lugares. Dessa forma, temos as bases das leis democráticas. Mas quais políticas públicas e financiamento são destinados à manutenção e fortalecimento dos conselhos de saúde? “Por que a própria população não procura? Talvez se tivesse uma procura maior da população, isso (a dependência) não acontecesse” (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Esse questionamento da entrevistada chama atenção e reivindica a ausência da população nos lugares de participação social no SUS.

No percurso das entrevistas, percebeu-se divergências entre os conselheiros, como uma das entrevistadas a qual ressaltou que a participação da população é ínfima, exceto quando há interesses políticos ou conflitos com o prefeito, o que, na visão dela, limita a mobilização em prol da melhoria da saúde pública.

Eu acho que hoje, talvez para a população, para o interesse da população ir e vir. Só se fosse um interesse político, por exemplo, “a se você vier, você vai vir de uma forma opositora”. “Você vai vir para causar uma oposição política”. Seria a única forma deles se interessarem em vir participar do conselho. É o único interesse para vir participar do conselho de saúde, mas vir para fazer um ganho para a população. “Ah, você vai vir para você trazer uma melhoria para a sua comunidade”. Ou “você vai vir para você conseguir alguma coisa pra melhorar a saúde pública aqui da sede”, mas não... não vem não. “Ah, você vai vir para arrumar uma briga com o prefeito”. Pode ter certeza, vem 10, vem 15. Pra brigar por uma vaga, por outro motivo não vem não. Não existe esse interesse na comunidade, as pessoas têm preguiça de sair das suas casas pra vir pra uma reunião do mês. Infelizmente (Entrevistada 4, dez. de 2022).

Por outro lado, uma das entrevistadas afirmou que a população tem interesse em participar, entretanto, não há diálogo com a comunidade, as reuniões não são divulgadas e os conselheiros que participam têm receio em se manifestar.

(...) ou você se cala ou você faz do jeito que é pra fazer, ou você perde seu emprego, porque não tem (autonomia). Tá na cara, isso aí né? Então é assim que funciona nosso município. Eu acho que se melhorasse um pouco mais em relação a isso. Acho que no conselho mesmo, porque tem gente que gosta de participar. É atuante, o que eu percebo é que muitos se travam (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Outro entrevistado mencionou que há um diálogo entre o conselho e a gestão, mas as demandas do conselho não são atendidas. Ele caracterizou a relação de

dependência, em que o conselho não tem recursos próprios e precisa da autorização da gestão para utilizar os recursos disponíveis.

Existe uma relação muito de dependência. Nós somos o conselho, se torna totalmente dependente do, da gestão. Ele não, não tem como ele ser independente. Independente seria se ele tivesse recursos próprios, que ele pudesse ser um ordenador das suas próprias despesas, mas isso, eu acho que nem sei se isso legalmente existe também, né, deles ter essa característica de ser auto gestor, digamos assim. Porque deveria... Nós sempre dependemos o funcionamento do conselho é uma, é uma política que tem dentro da, do orçamento que tá dentro das diretrizes, do escopo das diretrizes do orçamento, né, manutenção do conselho municipal de saúde que muitas vezes funciona só como uma peça de orçamento. Na realidade a gente tem muito mais recurso, mas o conselho não consegue usar desse recurso. Tá lá como disponível, orçamentariamente, mas financeiramente depende da autorização do prefeito, depende da autorização da secretária, do fundo (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Dessa forma, alguns conselheiros destacam uma parceria e autonomia, enquanto outros apontam uma submissão, seja pela composição dos conselheiros, pela falta de recursos próprios do conselho ou pela não atenção às demandas.

Mediante o exposto e retomando Rosana Onocko-Campos e Gastão Wagner Campos, como os conselheiros estão lidando com a sua rede de dependência? Ou seja, como conseguem lidar com os entraves políticos, precarização no financiamento das atividades do conselho, alternativas de escolhas e deliberações que se colidem com as decisões e interesses da gestão municipal?

Em uma das entrevistas, questionou-se o entrevistado se havia diálogo entre gestão municipal de saúde com o conselho municipal que ele fazia parte e a resposta foi negativa. Ele afirmou que não existia diálogo ou conversa entre a gestão municipal e o conselho municipal de saúde, mencionando inclusive a falta de consulta do conselho em relação ao planejamento orçamentário, como previsto na lei:

Não, nenhum, nenhuma conversa, inclusive, é pressuposto da lei que nós deveríamos discutir, né, as leis antes da lei de diretrizes orçamentárias e o próprio orçamento ir para a câmara de vereadores, o conselho de saúde ser consultado. Ser participativo nesse aspecto né, então, mas não tem nenhuma (Entrevistado 6, dez. 2022).

Por mais que ele não tenha citado a lei, é perceptível que o conselheiro possui compreensão sobre o assunto. A Lei 8.080 de 1990, em seu artigo 36, dispõe que o planejamento e orçamento realizado no Sistema Único de Saúde deverá ser do município até a instância federal, sendo prerrogativa considerar as opiniões dos órgãos deliberativos do SUS, garantindo a compatibilidade entre as necessidades da política de saúde e os recursos disponíveis nos planos de saúde dos municípios, Estados, Distrito Federal e União.

O Conselho de Saúde é, assim, órgão colegiado, permanente e deliberativo, formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Dessa forma, segundo a Lei 8.142 de 1990, em seu artigo 1º, § 2º, um dos papéis do Conselho é colaborar no desenvolvimento de estratégias e supervisionar a implementação das políticas de saúde em cada nível governamental. Isso inclui aspectos relacionados à economia e às finanças. As decisões tomadas pelo Conselho são oficializadas e aprovadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera do governo (Brasil, 1990).

Adicional a isto, a Lei complementar 141 de 2012, em seu artigo 30 estabelece que os processos de planejamento e orçamento devem seguir uma abordagem progressiva, levando em consideração as necessidades de saúde da população em cada região. Isso significa que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem ser elaborados de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Lei (Brasil, 2012).

Sendo assim, uma das diretrizes estabelecidas é que os Conselhos de Saúde são responsáveis em deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, garantindo a participação da comunidade na definição das estratégias de saúde (Brasil, 2012).

Conforme verificado na fala do conselheiro, essa ação não ocorre e não existe diálogo entre gestão municipal e conselho em relação ao planejamento de ações de saúde e de orçamento.

Após algumas perguntas, questionou-se ao mesmo participante da pesquisa como ele percebia a relação do conselho municipal com a gestão. O conselheiro respondeu que “Há uma conexão, sim, há um diálogo, né, sempre. Embora, as demandas não sejam atendidas, mas há um diálogo, sim. Na hora que o conselho busca informação eles enviam, né” (Entrevistado 06, dez. de 2022).

Curioso observar que existe uma aparente contradição nas respostas do entrevistado, pois na primeira resposta ele afirma que não existe “nenhum diálogo”, entretanto quando se analisa a segunda resposta, o conselheiro menciona que existe uma conexão e diálogo entre a gestão e o conselho, embora as demandas do conselho não sejam atendidas, conforme pode-se observar a seguir:

Mas só que as demandas de funcionamento, principalmente do conselho, não são atendidas. É uma relação em que há uma parcimônia, há uma tolerância enorme dos conselheiros, porque não tem sentido a gente requerer, por

exemplo, transporte pra fazer qualquer coisa e não ter, qualquer visita e não ter, e não existir o transporte, por exemplo, ou então solicitar os coletes, os famosos coletes dos conselheiros, nunca veio né. É... que mais? Solicitar, como decidimos em reunião, que seja construída uma equipe de assessoria para o conselho, tanto técnica-contábil como jurídica que não, também nunca, nunca foi estabelecida (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Ele menciona que quando o conselho busca informações, a gestão as envia, mas destaca que as demandas de funcionamento do conselho, como transporte, coletes para identificação no momento da fiscalização e atividades do conselho, assim como equipe de assessoria contábil e jurídica, não são atendidas.

Dessa forma, essas duas respostas parecem entrar em conflito, pois o conselheiro inicialmente negou qualquer diálogo entre a gestão e o conselho, mas depois admitiu que há um diálogo existente, embora com limitações e falta de atendimento às demandas do conselho.

Mediante o exposto, podemos analisar a fala do conselheiro na perspectiva da análise do discurso francesa de Michel Pêcheux sob a categoria de condições de produção e posição-sujeito.

Em relação à categoria de análise do discurso francesa das Condições de Produção, ser representante de uma instituição no conselho, enquanto cidadão-individual, lhe proporciona lugares e vínculos sociais que não são comuns a grande parte da população.

Assim, analisando o contexto político e institucional em que o conselho de saúde está inserido, existem dinâmicas de poder, interesses e restrições específicas que influenciam a forma como a relação entre o conselho e a gestão se desenrola ao analisarmos a fala: “(...) há uma tolerância enorme dos conselheiros, porque não tem sentido a gente requerer, por exemplo, transporte pra fazer qualquer coisa e não ter, qualquer visita e não ter, e não existir o transporte (...)” (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Embora os Planos Municipais de Saúde estejam disponíveis no *site* do SAGE/SUS, não estão na página do *site* da Prefeitura ou no da Secretaria Municipal de Saúde. Os 11 municípios da Planície Litorânea não apresentam um espaço para informações ou *blog* para o Conselho Municipal de Saúde, não havendo informações básicas tais como cronogramas das reuniões ordinárias, endereço ou telefone para contato, assim como a disponibilidade das atas das reuniões.

Carvalho *et al.* (2020) realizaram um estudo com enfermeiros na posição de gestão municipal. Um dos resultados da pesquisa, referente ao controle social, foi a

carência de formação dos conselheiros de saúde, sendo necessário o apoio neste sentido.

Não obstante, o estudo mostrou que um dos desafios, na instância municipal, encontra-se no eixo da gestão do trabalho e da educação na saúde, apontando-se para a necessidade da garantia do financiamento consistente e sustentável para o SUS, de modo a melhorar o padrão do gasto e qualificar o financiamento tripartite em âmbito nacional (Carvalho *et al*, 2020).

Sobre a colaboração esperada entre conselho de saúde e gestão municipal, perguntou-se aos entrevistados se existia diálogo constante na elaboração do plano municipal de saúde.

Alguns entrevistados destacaram que ocorreram as conferências municipais de saúde, com debates, rodas de conversa e formação de grupos para discussão das propostas e necessidades da comunidade em relação à saúde.

Entretanto, por mais que o PMS deva ser elaborado mediante as propostas da Conferência de Saúde no primeiro ano de mandato da gestão municipal, os conselheiros disseram que, exceto a última conferência de 2021, não se lembravam de conferências realizadas em anos anteriores que não fosse a etapa municipal para a Conferência Nacional de Saúde.

As conferências contaram com a participação de usuários do SUS, funcionários da área da saúde, representantes de instituições e, em alguns casos, da população em geral. Essa participação foi vista como uma forma de ouvir os usuários e a comunidade para identificar demandas e sugestões.

Alguns entrevistados mencionaram que as conferências municipais foram realizadas regularmente em anos anteriores, enquanto outros relataram a falta de lembrança sobre a data ou a ausência de conferências nos últimos anos.

Foi uma conferência assim, tipo, como acontece em vários municípios, foi tipo relâmpago. (...) porque segundo informações que o presidente nos repassou que eu perguntei, ele, por que que essa conferência ia ser feita assim, da noite pro dia, porque não foi uma coisa pra chamar a população... (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Em alguns casos, foi mencionada a presença de uma assessoria técnica contratada que auxilia na elaboração do Plano Municipal de Saúde. Essa assessoria apresenta o plano para o conselho, permitindo discussões, adequações e aprovações, embora não tenham sido fornecidos detalhes específicos sobre a sua participação no processo.

Alguns entrevistados expressaram a percepção de que a participação do conselho e da comunidade na elaboração do plano era mais simbólica e proforma, com demandas muitas vezes não sendo atendidas adequadamente.

Entre os projetos que os conselheiros destacaram que participaram e colaboraram para implementar e implantar foram:

1. disponibilidade de profissionais especialistas, como psiquiatras, além de ampliar o acesso a serviços de saúde, como ambulâncias para transporte de pacientes;
2. realização de mutirões de saúde, como de catarata, ultrassom e mamografia, visando atender a demanda da comunidade. Mencionaram também a implantação de um projeto que ofereceu consultas oftalmológicas e distribuição de óculos para pessoas que necessitavam e não tinham condições de adquirir;
3. solicitação e aprovação de equipes odontológicas para unidades de saúde que não possuíam consultório odontológico, visando atender a demanda na área da saúde bucal. Solicitação de recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para unidades de saúde, visando estruturar melhor essas unidades;
4. melhoria no agendamento de consultas, com a implementação de marcação de consulta pela internet, visando acabar com influências e garantir transparência no processo.

Percebeu-se o caráter de atividades de campanha nas UBS, provavelmente devido às entrevistadas serem trabalhadoras da saúde. Entretanto, não ficou claro que essas sugestões partiram do conselho de saúde.

Neste aspecto, se faz necessário ressaltar que os conselheiros devem tencionar as relações entre as demandas da população com os interesses da gestão municipal. No entanto, é imperativo compreender que o conselho não deve desempenhar o papel executivo da secretaria de saúde. Gilson Carvalho, em seu livro "Participação da Comunidade na Saúde" (2014), destaca que "conselhos de saúde não têm funções executivas" (Carvalho, 2014, p.130). Segundo o autor, as secretarias de saúde, por vezes, erroneamente esperam que os conselheiros assumam funções que ultrapassam a "formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros", conforme estabelecido na Lei 8.142 de 1990.

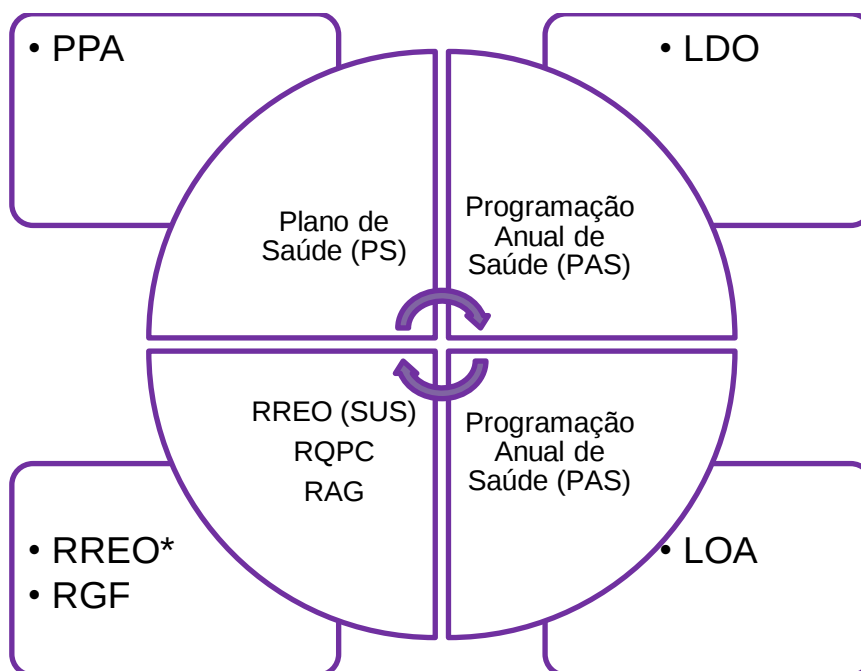
Espera-se, assim, que os conselheiros proponham o que deve constar na política de saúde e fiscalizar os recursos financeiros, enquanto a gestão municipal de saúde executa a política de saúde que consta no Plano Municipal de Saúde e, consequentemente, na Programação Anual de Saúde.

4.5 Os instrumentos de gestão como ferramentas para as práticas de fiscalização

O propósito desta seção foi compreender as práticas de fiscalização desempenhadas pelos conselheiros de saúde em seus respectivos municípios, bem como avaliar sua participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), no acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS) e na apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) pela gestão municipal de saúde.

Os instrumentos de gestão empregados para o planejamento e administração da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) englobam o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os relatórios de gestão (RDQA e RAG). Esses instrumentos são alinhados e harmonizados com as ferramentas de planejamento e orçamento governamental, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em todas as esferas de gestão. Essa integração é estabelecida nos Artigos 94 a 101 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, datada de 28 de setembro de 2017 (Brasil-MS, 2016).

Figura 03 – Ciclo orçamentário e planejamento do SUS



Fonte: elaboração própria com base no Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde – BRASIL-MS, 2016.

Para a compreensão a figura 03, é crucial entender o conceito de cada instrumento de gestão. Assim, o Plano de Saúde (PS) desempenha o papel de orientar a formulação do planejamento e do orçamento governamental relacionados à saúde, proporcionando a base para a implementação, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde ao longo de um período de quatro anos.

Para elaborar o Plano de Saúde, é essencial levar em consideração, além das diretrizes (caminhos) estabelecidas pelas conferências de Saúde, os seguintes aspectos: a) análise situacional da saúde, contemplando a estrutura do sistema, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, entre outros; b) definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; c) implementação de um processo de monitoramento e avaliação. Após a consideração desses elementos durante o processo de elaboração, o Gestor deve submeter o Plano à apreciação e aprovação no Conselho de Saúde (Ceap, 2017; Brasil-TCU, 2010).

Os conselheiros de saúde devem dedicar tempo necessário para discutir e analisar a proposta do Plano de Saúde, assegurando que as demandas da população e as diretrizes da conferência estejam contempladas no documento. Para isso, é recomendável que o conselho forme grupos de trabalho para aprofundar a discussão (Ceap, 2017; Brasil-TCU, 2010).

Visando garantir a previsão orçamentária para a execução do Plano de Saúde, a Portaria 2.135/2013 estabelece que o documento deve observar os prazos do Plano Plurianual (PPA), conforme definido nas leis orgânicas, justificando na figura 03 o Plano de Saúde estar próximo ao PPA. Essa medida assegura que os compromissos assumidos no Plano de Saúde tenham uma previsão orçamentária adequada, viabilizando sua efetiva execução. Caso contrário, mesmo um plano cuidadosamente elaborado corre o risco de se tornar uma mera intenção vazia, desprovida da necessária previsão orçamentária (Ceap, 2017).

Importante também compreendermos que o Plano Plurianual é elaborado no primeiro ano do novo governo e passa a vigorar a partir do segundo ano do mandato, estendendo-se até o primeiro ano da administração subsequente. Este documento engloba as principais diretrizes que o Município pretende seguir ao longo do período de gestão, delineando os meios para alcançá-las, e requer aprovação pelo poder legislativo. A sintonia entre o Plano de Saúde e o PPA é crucial, pois se as diretrizes do Plano de Saúde não estiverem alinhadas com o PPA, sua concretização fica comprometida (Ceap, 2017; Brasil-TCU, 2010).

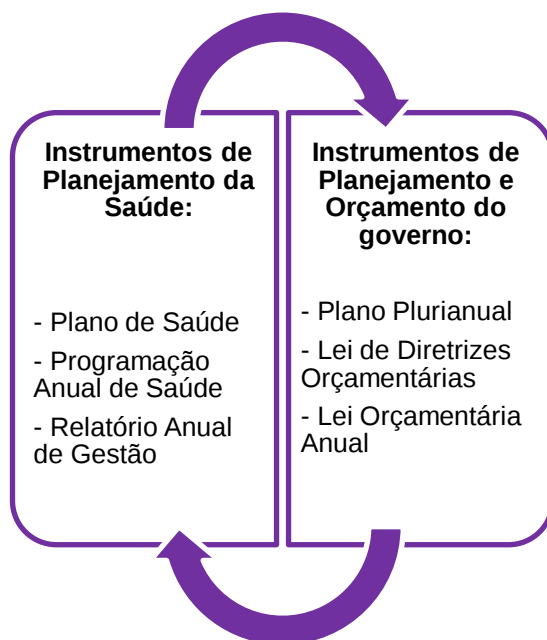
A Programação Anual de Saúde (PAS) é um instrumento que concretiza as metas estabelecidas no Plano de Saúde, anualizando esses objetivos e prevendo a alocação dos recursos orçamentários destinados à sua execução. Na Figura 03 a PAS está próxima da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Isso acontece porque enquanto a primeira lei detalha o PPA para o período de um ano, a LOA é a proposta do poder executivo de “como fazer”, ou seja, de como efetivar financeiramente as diretrizes previstas no PPA e na especificação da LDO (Ceap, 2017; Brasil-MS, 2016; Brasil-TCU, 2010).

Todo gasto ou investimento público na área da saúde deve estar explicitado no plano elaborado pelo gestor em nível nacional, estadual e municipal. Conforme estabelece a Lei 8.080 de 1990, “é vedada a transferência de recursos para financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde”. Dessa forma, a existência do plano de saúde é condição indispensável para o repasse de recursos, sendo que, sem ele, o município não recebe recurso financeiro (Ceap, 2017; Brasil-MS, 1990).

A portaria nº 2.135 de 2013 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento do SUS, com um elemento inovador em seu artigo 1º, Parágrafo único “V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de

Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão”.

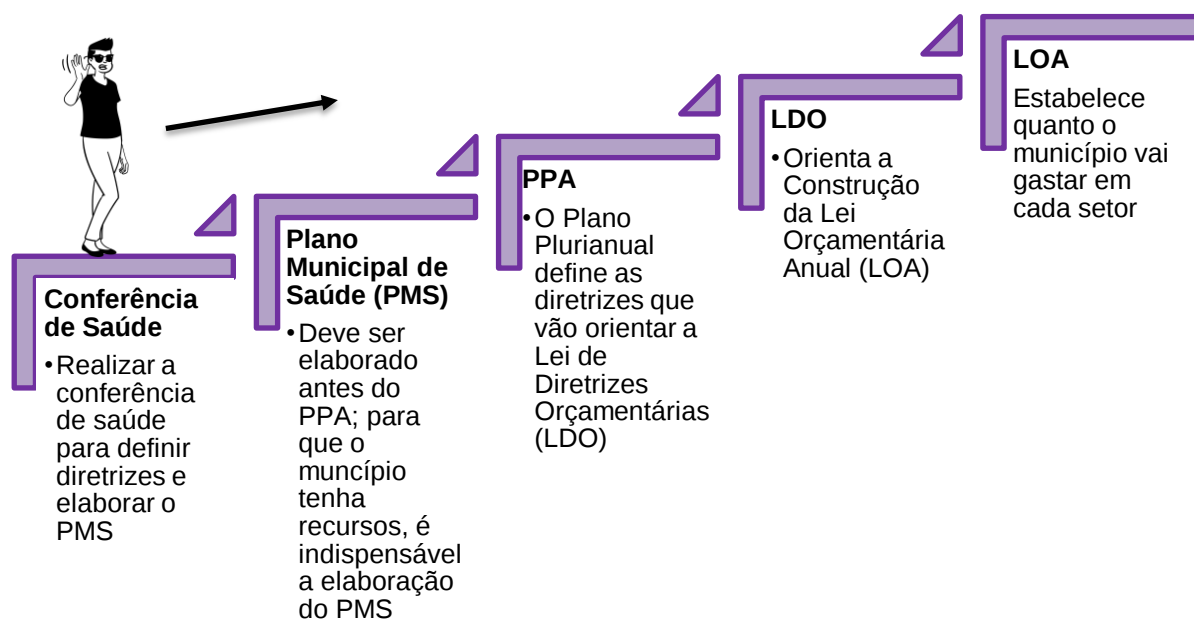
Figura 04 – Compatibilização dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde e dos instrumentos de planejamento e orçamento de governo



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Dessa forma, compreende-se que a elaboração do Plano de Saúde deve ocorrer durante a Conferência de Saúde, antecedendo a elaboração do Plano Plurianual. Isso se justifica, pois o Plano Plurianual delinear as diretrizes orientadoras da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual, por sua vez, guiará a construção da Lei Orçamentária Anual (LOA). A LOA, por fim, estabelecerá os limites de gastos para cada setor no ano subsequente, estabelecendo quanto o município poderá gastar em cada setor, conforme visualiza-se na Figura 05.

Figura 05 – Síntese da ordem de elaboração e efetivação para execução orçamentária



Fonte: elaboração própria com base no livro “O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde”, (CEAP, 2017).

Isso posto, o Relatório Anual de Gestão (RAG) enquanto instrumento de gestão é um componente essencial do planejamento do SUS, apresentando os resultados e desdobramentos das ações planejadas. Além de orientar eventuais ajustes necessários no Plano de Saúde e nas Programações futuras, conforme estabelecido na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Assim, de forma simplificada e exemplificativa, o conselheiro municipal deve se orientar pelos instrumentos de planejamento da saúde da seguinte forma:

- Em 2021, os municípios realizaram a Conferência Municipal de Saúde para elaborar o Plano Municipal de Saúde dos próximos quatro anos, ou seja, de 2022 a 2025;
- Em 2022, o município deve apresentar ao Conselho de Saúde a Programação Anual de Saúde;
- O Relatório Anual de Gestão tem a finalidade de apresentar, até o dia 30 de março do ano subsequente, as ações realizadas conforme a Programação Anual de Saúde ano anterior, neste caso, como exemplo o ano de 2021. Em outras palavras, o RAG consistirá em uma avaliação das realizações da gestão municipal no período anterior ao ano em que o relatório é apresentado.

Além do RAG, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é outra ferramenta, nesse caso, sendo de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e deve ser apresentado pelo gestor do SUS em audiências públicas até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano seguinte, nas Casas Legislativas das respectivas esferas federativas, de acordo com o Art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

Temos também o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), que além de ser apresentado como instrumento de planejamento e orçamento do governo, deve ser elaborado um RREO específico para a área da saúde e apresentado bimestralmente, sendo registrado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (Brasil, 2014).

O SIOPS foi instituído pelo decreto 7.827 de 16 de outubro de 2012 e é uma plataforma computadorizada encarregada de coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações referentes a receitas totais e despesas relacionadas a ações e serviços públicos de saúde. Essa ferramenta viabiliza a supervisão da alocação de recursos na área da saúde, simplificando, assim, o controle detalhado de cada recurso investido (Brasil, 2014).

A intenção da frequência do RREO específico da saúde é possibilitar que a sociedade, através de diferentes órgãos de controle, incluindo os conselhos de saúde, esteja cada vez mais informada, acompanhe e avalie o desempenho da execução orçamentária. Além disso, visa proporcionar ao cidadão a capacidade de acompanhar efetivamente a execução do orçamento de seu município (Brasil, 2014).

Os municípios que não comprovarem, por meio do SIOPS, a aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme exigido pela Constituição Federal e pela Lei Complementar nº141 de 2012, estarão sujeitos às penalidades previstas. Esses dispositivos estipulam que, caso o ente não apresente ou publique o RREO no prazo e com o detalhamento estabelecido por lei, terão seus recursos de transferências constitucionais retidos e as transferências voluntárias (convênios) com órgãos federais bloqueados, devido ao não cumprimento dessa exigência constitucional (Brasil, 2014).

No quadro 04, tem-se a relação dos municípios estudados que não apresentou o RREO específico da área da saúde no ano de 2023, sujeitos às penalidades previstas.

Quadro 04 – Relação dos municípios que a gestão apresentou o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) específico da saúde no ano de 2023

Cidade	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	5º Bimestre
1 – Caraúbas do Piauí	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO
2 – Cocal	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO
3 – Cajueiro da Praia	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO	Não apresentou o RREO
4 – Ilha Grande do Piauí	RREO apresentado	Não apresentou o RREO	RREO apresentado	RREO apresentado	Não apresentou o RREO
5 – Luís Correia	RREO apresentado	RREO apresentado	RREO apresentado	RREO apresentado	RREO apresentado
6 – Parnaíba	RREO apresentado	RREO apresentado	RREO apresentado	RREO apresentado	Não apresentou o RREO

Fonte: Elaboração própria com base em dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dezembro de 2023.

4.5.1 Instrumentos que orientam o trabalho dos conselheiros de saúde

Um dos primeiros questionamentos foi quais instrumentos de gestão, leis, regimento ou resoluções eles utilizavam para orientar seu cotidiano de trabalho. Os conselheiros mencionaram a lei de fundação do Conselho Municipal de Saúde, geralmente acompanhada pela formação do Fundo Municipal de Saúde, e o regimento interno.

Outros mencionaram que se baseiam em normas do Ministério da Saúde e resoluções do Conselho Nacional de Saúde, mas sem citar quais eram as que orientavam o trabalho no conselho.

As normas são aquelas que verdadeiramente, o ministério da saúde sempre tá baixando, né? Veja bem, existem várias resoluções, né? Que nós somos o conselho municipal de saúde, mas nós somos, vamos dizer assim, orientado bem pelo conselho estadual, né. (Entrevistado 4, dez. de 2022)

Apenas uma conselheira do segmento trabalhador da saúde mencionou que se mantém atualizada por meio do acesso ao sítio eletrônico e ao grupo do aplicativo de mensagens Telegram do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em que acompanhava as portarias e notícias do Ministério da Saúde.

Entretanto, não soube elencar exemplos que liguem essas informações ao cotidiano do conselho. Após ser provocada novamente, citou o regimento interno do conselho como fonte de orientação.

Um dos conselheiros foi o único a fazer referência ao Conselho Estadual de Saúde do Piauí (CES-PI), mencionando que o conselho municipal de saúde é orientado por ele.

Por outro lado, outro conselheiro foi o único a citar “as leis de transparência” e o portal da transparência, como importantes instrumentos de fiscalização no cotidiano do trabalho no conselho. Segundo este conselheiro, o conselho se baseia nessas leis para fazer cobranças e buscar o cumprimento das normas e resoluções aprovadas.

No entanto, alguns entrevistados relataram que existem dificuldades em relação à fiscalização e ao cumprimento das normas estabelecidas devido a maioria dos conselheiros serem funcionários do município.

A gente segue o regimento, né. A gente segue uma lei, né, pelo conselho de saúde, já tem, já está, a nossa lei ela já fez, no ano passado, 31 anos de criada. A gente segue uma lei e o regimento também, né, o regimento interno do conselho de saúde. É, digamos que a gente tem coisas que não sai totalmente como manda o regimento, né. Por quê? Porque a maioria dos conselheiros eles são portaria do município, né (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Outros entrevistados disseram que não existem comissões formais e todas as decisões são tomadas em reuniões coletivas, buscando consenso. Dessa forma, quando os conselheiros analisam os balancetes, por exemplo, ou fazem alguma fiscalização nas unidades de saúde, parte ou todos os participantes do conselho ficam responsáveis pela ação.

(...) na verdade todos os conselheiros, eles se reúnem, todas as pautas que vão ser discutidas, analisadas, aprovadas ou não, nós nos reunimos e admitidos no consenso, né, de aprovar ou não. Então a gente não tem, viu essa comissão (Entrevistada 2, fev. de 2023).

Nenhuma comissão, a gente faz a reunião todo mundo junto. (Entrevistada 3, dez. de 2022)

Assim, dos seis conselheiros, quatro indicaram a inexistência de comissões permanentes no Conselho e caso fosse diferente poderiam contribuir para a redução nas ressalvas das avaliações nos balancetes. Provavelmente, a inexistência dessas comissões específicas tenha relação com o distanciamento dos conselheiros em relação ao regimento interno ou a desatualização deste. Também se destacou os relatos de ausência de investimentos no conselho e a dificuldade em formar comissões.

Além disso, alguns conselheiros destacam a falta de estrutura e organização para a formação de comissões, enquanto outros enfatizam a importância de ações como visitas e elaboração de relatórios para o trabalho do Conselho.

Mas a gente precisa como conselheiro fazer aquela visita, saber como conversa com os usuários, conversa com a comunidade, conversar com os próprios trabalhadores que participam da UBS pra gente ver melhor essa realidade. E assim, a gente sentiu muita dificuldade. Se não existissem conselheiros atuantes e que se interessasse pelo bem maior da população a gente tinha perdido a maioria das nossas ações (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Além dessas normas e documentos, alguns entrevistados mencionam a necessidade de liderança, conscientização e discussões dentro do conselho para alcançar os objetivos e garantir o cumprimento das leis.

E a gente tem uma dificuldade muito grande em relação a trabalho, a fiscalizar, a ter, procurar melhorar um pouco mais o trabalho, ou seja, na fiscalização, né (...) O conselho, ele tem esse lado fiscalizador, esse lado do comprometimento, de como anda o nosso município, a nossa saúde, a gente tem esse lado nosso de saber, né, como é que tá a nossa situação. E a gente se depara com algumas situações que a gente vê, que não é. Aliás, a gente vê que é um direito violado, a pessoa, não tem a saúde adequada, a pessoa não tem moradia adequada, saneamento adequado, então a gente se depara com as situações e por a gente ter alguns funcionários que participam do conselho de saúde a gente quebra muito essa lei (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Destacaram também a dificuldade de envolvimento e participação de todos os membros do conselho, bem como a importância de parcerias com órgãos municipais e estaduais de saúde.

A maioria dos entrevistados não realizou um acompanhamento detalhado dos gastos públicos na saúde. Alguns casos isolados de fiscalização foram mencionados, mas, em geral, o conselho não desempenhou um papel ativo nessa área.

Alguns entrevistados mencionaram que, mesmo sem um acompanhamento formal dos gastos e investimentos na saúde, eles tentavam verificar se as solicitações do conselho foram atendidas por meio de visitas às unidades de saúde. Essas visitas são uma forma de controle, mas não são elaborados relatórios formais.

Não, acho que eu vou até sugerir a ideia de a gente gerar um relatório de visitas que foram realizadas e o que foi encontrado nas visitas, né, é uma boa ideia, mas não. Fica por isso mesmo (Entrevistada 02, fev. de 2023).

Entretanto, a elaboração do relatório realizado por uma comissão ou grupo de trabalho do conselho é importante para registrar a situação encontrada e solicitar medidas da gestão que solucionem os problemas. Além da elaboração do relatório de visita, este deve ser apresentado na reunião do conselho de saúde e publicizado para as entidades e população do município.

Mesmo que a elaboração do relatório não seja uma realidade entre todos os conselhos de saúde, os entrevistados concordam que visitas às unidades de saúde

são uma forma de verificar se as solicitações do conselho foram atendidas. Consideram importante averiguar se as reformas e melhorias solicitadas foram realizadas de acordo com as expectativas.

Entretanto, a fiscalização ocorre efetivamente com o recebimento do balancete como forma de prestação de contas. No entanto, a profundidade da análise e a disponibilidade de informações detalhadas variam. Durante a pandemia, por exemplo, houve um aumento nos gastos, mas o volume de informações diminuiu.

A Lei Complementar 141 de 2012, explicita em seu artigo 34, que a prestação de contas “conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o artigo 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000”.

Conforme vimos, nos municípios estudados, a prestação de contas se resume à entrega do balancete, exceto um município que entrega um relatório.

Normalmente, por exemplo, nós estamos em fevereiro, né. Nós recebemos os balancetes das contas de dezembro, nós fizemos uma reunião essa semana e recebemos os balancetes das contas de dezembro. Nós temos, eu tenho uma pasta enorme com todas as notas que foram pagas, notas fiscais de produtos e serviços e um relatório, né, por exemplo, pra eu que não sou da contabilidade, que eu tenho o meu relatório pra eu entender, basicamente, como foi que foi usado, onde foi usado. Porque assim, quem tá de fora, se não vê o relatório, não vai compreender muita coisa (Entrevistada 02, fev. de 2023).

Tem algumas coisas que sim (temos dificuldade de analisar), aí o que a gente, a gente anota, passa pra secretária, as dúvidas. Aí no mês seguinte ela esclarece teoricamente. Mas a maioria, acho que a maioria dos conselheiros sabe nem, nenhum mesmo, interpretar, né? (...) Não tem resumo (Entrevistada 03, dez. de 2022).

Mesmo assim, não foi mencionada a entrega do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). O RREO contribui na compreensão da situação fiscal de cada ente da federação, neste caso o município, com dados sobre a execução orçamentária da receita e da despesa.

A elaboração do RREO é exigência da Constituição Federal em seu artigo 165, §3, e as normas para sua elaboração e publicação foram estabelecidas pela Lei Complementar 101 de 2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal.

O RREO deve ser de elaboração bimestral e apresentado a todos os Poderes e Ministério Público em um prazo de até 30 dias após o encerramento de cada bimestre (Brasil, 2000).

Não existe, assim, uma apresentação acessível e objetiva do balancete por parte da Secretaria de Saúde, nem um resumo ou explicação sobre os itens listados.

Além disso, durante as entrevistas, houve menções de que o conselho não era informado sobre emendas parlamentares destinadas à saúde e de que os conselheiros precisam buscar informações por conta própria.

Foi mencionado o aumento expressivo de recursos destinados à saúde em determinado município, possivelmente relacionado ao período eleitoral e emendas parlamentares. No entanto, houve críticas à falta de transparência na definição dos gastos e à priorização de discussões menos relevantes em detrimento de questões fundamentais, como o orçamento público e a falta de recursos que afetam diretamente a população.

(...) e aí a gente vai perguntando, né? “Isso aqui? Isso aqui é daqui? Isso aqui é de tal”. Entendeu? Porque tem coisas que a gente olha, né? Um exemplo, na reunião agora, o município ele recebeu vários mil’s pra secretaria de assistente social. Nós sabemos, aqui do município, que a gente sempre tá entrando em contato com algumas coisas. A gente vai participando das coisas e a gente sabe. E a gente perguntou se o, se a secretaria de saúde também recebeu alguma emenda parlamentar de algum dinheiro e tal pra secretaria de saúde. Então, até hoje não se sabe não. Ninguém sabe de nada, né? Não repassou nada para a gente em relação a isso (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Outro conselho municipal não foi informado sobre o recebimento e não foi consultado sobre a utilização desses recursos. O conselheiro demonstrou preocupação em relação à falta de definição sobre os gastos, falta de transparência e à falta de recursos para eventos como, por exemplo, as conferências de saúde.

Às vezes a gente vê, as pessoas sofrem porque não tem medicamento, porque não tem transporte, porque não tem saneamento, porque não tem muitas coisas. E aí, quando você não vê as pessoas discutindo o que que é um orçamento público, né. O que se arrecada, o que se entra de receita do município, por exemplo. De fiscalizar o que está sendo aplicado. Então, às vezes a gente fica chateado por isso, porque essa última agora, por exemplo (...) mas entrou muito dinheiro na saúde. Hoje eu vi alguns balancetes dessa gestão atual, principalmente. Nunca se teve tanto dinheiro em caixa. Chegamos a ter, tá tendo agora esse mês de agosto, passado nós estamos verificando, 25 milhões de reais em caixa (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Na Lei 8.080 de 1990, o artigo 33 estabelece que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em contas especiais, neste caso os Fundos de Saúde, em cada nível de atuação do sistema. Esses recursos serão movimentados sob a supervisão dos Conselhos de Saúde correspondentes.

O artigo 36 da mesma lei determina que o processo de planejamento e orçamento do SUS seguirá uma abordagem ascendente, começando no nível local e chegando até o federal. Isso será feito levando em consideração as necessidades da política de saúde e a disponibilidade de recursos nos planos de saúde de Municípios,

Estados, Distrito Federal e União, sendo previamente consultados os órgãos deliberativos do SUS, neste caso o Conselho de Saúde.

Na mesma medida, a lei 8.142 de 1990 explica que o Conselho de Saúde é um órgão permanente e deliberativo que atua na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde. Isso inclui aspectos econômicos e financeiros.

A Resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde explica que dentre as atribuições do conselho estão a avaliação e tomada de decisões acerca de contratos, consórcios e convênios, sempre alinhados com as diretrizes dos Planos de Saúde estabelecidos.

No âmbito orçamentário, o Conselho delibera sobre o orçamento anual da saúde. Essa aprovação é baseada nas metas e prioridades definidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), garantindo que os recursos sejam direcionados de maneira coerente e eficiente para atender as necessidades da população.

Além disso, o Conselho também é responsável por propor critérios para a programação e execução financeira dos Fundos de Saúde. Essa função se estende ao monitoramento da utilização dos recursos, tanto próprios quanto provenientes de verbas municipais, estaduais, distritais e federais.

Nesse sentido, percebemos que o conselho de saúde deve ser informado dos recebimentos extras e a gestão dialogar com o conselho sobre aplicação do recurso disponível, na medida que o conselho é responsável por este monitoramento. Entretanto, como percebemos na fala do entrevistado, não é o que ocorre.

Esse mesmo entrevistado, representante do segmento usuário, expressou a opinião de que a gestão da saúde pode não ter interesse em ser fiscalizada, pois isso poderia revelar possíveis irregularidades. Essa percepção mostra a importância de uma fiscalização efetiva para garantir a transparência e a integridade na gestão dos recursos públicos.

Agora, eu percebo é que a (secretaria municipal de) saúde não tem interesse, porque ela, ela não é boba também. Porque ela não quer ser fiscalizada, quanto mais você dá instrumentação para quem te fiscaliza, mais ele vai avançar. Então se você tiver algo de errado, que eu acredito que pode ter, vai prejudicar a gestão deles, né? (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Essa perspectiva difere da visão dos demais entrevistados, os quais consideram a falta de fiscalização como uma preocupação. Para eles, uma fiscalização eficaz representaria uma oportunidade de aprimorar a gestão dos recursos. Ao contrário da fala desse entrevistado, outra participante da pesquisa,

representante do segmento trabalhador do SUS, relatou momentos em que, o conselho enquanto um órgão fiscalizador e deliberativo, teve maior poder de decisão do que a gestão municipal de saúde:

Tudo dependia do conselho, era o conselho, que decidia, né. (...) Tudo era um órgão fiscalizador e deliberativo, também merecido no conselho. O conselho decide, o conselho resolve, às vezes até acima da própria secretária (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Entretanto, se formos revisitar as leis orgânicas do SUS e a resolução do conselho de saúde, percebemos que a relação conselho-gestão não deveria ser de subordinação.

De modo geral, o conselho de saúde sugere os elementos que devem integrar a política de saúde e supervisiona sua implementação, assim como o uso dos recursos financeiros. A execução efetiva da política de saúde é de responsabilidade da secretaria de saúde.

4.5.2 Acompanhamento orçamentário e financeiro desempenhado pelos conselheiros

Sobre o acompanhamento financeiro e orçamentário do conselho de saúde, a maioria dos entrevistados não realizou um acompanhamento detalhado dos gastos públicos na saúde. Alguns casos isolados de fiscalização foram mencionados, mas, em geral, o conselho não desempenhou um papel ativo nessa área.

Um dos entrevistados mencionou que o conselho solicitou reformas nas unidades de saúde, mas ainda não pôde fiscalizar devido a um processo de licitação em andamento. Entretanto, os entrevistados reconhecem que as atividades de fiscalização são mínimas ou inexistentes.

Esses destaques indicam a necessidade do fortalecimento dos conselhos no monitoramento e na avaliação dos gastos públicos na saúde, além de destacar a importância da transparência e da prestação de contas para uma gestão eficaz e responsável dos recursos destinados à saúde pública.

Durante as reuniões, segundo os entrevistados, os conselheiros analisam os balancetes e discutem detalhes das contas municipais relacionadas à saúde. Eles mencionam que fazem a conferência de notas fiscais, o questionamento da adequação dos gastos e que buscam entender os itens adquiridos e sua relevância para a área da saúde.

Ao analisar as entrevistas, o que se manifestou foi a prevalência de ao menos uma reunião ordinária para deliberar sobre o principal documento: o balancete. Entretanto, a reunião tornou-se protocolar e as escassas discussões ou decisões que se manifestavam, eram registradas nas atas.

Alguns conselheiros destacaram a importância do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) para compreender a relevância das discussões e se engajar nas atividades do Conselho.

Nesta compreensão, os entrevistados mencionaram dificuldades de comunicação e pouco conhecimento de alguns membros, além de compromissos cotidianos que concorrem para uma análise atenta dos balancetes e os desafios em garantir a participação e o envolvimento de todos os conselheiros e comunidade em geral.

Entretanto, outros entrevistados afirmaram que cobram explicações e revisões quando identificam problemas nas contas da secretaria de saúde. Eles explicaram em entrevista que têm a função de orientar, tirar dúvidas e exigir esclarecimentos dos gestores responsáveis pelas ações de saúde do município.

As análises e discussões realizadas pelos conselheiros durante as reuniões do Conselho de Saúde contribuem para uma maior transparência nas ações de saúde do município.

Ao questionarem os gastos e exigirem explicações, os entrevistados sugeriram que os conselheiros garantam que a gestão pública seja mais transparente e responsável na prestação de contas à comunidade.

Com base nas respostas dos conselheiros, é possível identificar diferentes percepções sobre a prestação de contas realizada no município. Alguns conselheiros mencionaram que há frequência na disponibilização do balancete do mês pela gestão municipal em saúde. Após leitura ou ciência dos conselheiros, ocorre a coleta das assinaturas até determinado período, estabelecido pela gestão, variando de sete dias a 48 horas após a entrega do balancete.

Mas é porque assim, nós fica com a cópia do, da prestação de conta. Nós (temos) 48 horas pra gente chamar os conselheiros, pra se reunir, pra fazer avaliação (Entrevistado 04, dez. de 2022).

O que a gente vê é um rumo de balancete. Tipo ligou pra mim hoje à tarde, como é que eu vou dar uma olhadinha em todo o balancete à tarde? Às vezes até a gente se depara com as discussões, tipo... quando chega aqui na minha porta, um livro que eu tenho que assinar, eu não vou assinar. Tu tem que assinar, não vou assinar (Entrevistada 05, dez. de 2022).

No entanto, não é mencionada uma análise dos documentos apresentados, sugerindo que a prestação de contas pode ser percebida como uma formalidade, sem uma análise aprofundada ou discussão ampliada com os conselheiros de saúde.

Com essa mesma compreensão, um dos entrevistados disse sobre a falta de debate e espaço para manifestação nas reuniões, o que pode indicar uma percepção de que a prestação de contas é um processo limitado e pouco participativo. Ele ressalta a importância de contribuir, sugerindo que a prestação de contas pode ser vista como uma atividade que exige participação ativa para garantir sua efetividade.

A gente bota de novo para a sociedade ver de novo. Você entendeu? É um trabalho muito chato, porque é feito todo ano, mas nós chegamos a esse ponto da democracia que as pessoas não valorizam. Por que? porque você diz que saber quanto é que entra o município, você dizer com que que ele vai gastar, você fiscalizar, porque tem o poder público pra participar da câmara, tem conselho, tem não sei o que mais e saber se vai executar. E se for executado conforme, legalmente, dentro das normas, dentro dos gastos públicos, da transparência daquelas coisas que a gente conhece, né, do gasto público. Então, é um processo muito grande que às vezes. Aí como não era atendida, as pessoas não eram atendidas, elas passaram a ignorar. Por que. Ah eu vou lá, era pra fazer o calçamento da minha rua, era para fazer um posto saúde, era para fazer não sei o quê. E todo ano chama a gente pra isso a gente coloca essa demanda e nada acontece (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Alguns conselheiros expressaram uma postura mais cautelosa em relação à prestação de contas, mencionando que assinam os documentos quando estão presentes nas discussões e têm conhecimento do que estão assinando.

Estes destacaram a importância de conferir as notas e verificar se as aquisições condizem com o que foi apresentado. Entretanto, não seguem um “check list” ou lista para esta certificação.

É, às vezes é livro de balancete, às vezes é livro de ATA. Então, tu tem que assinar, não vou assinar. Eu só assino o que eu estou presente e sei o que que tá acontecendo, eu assino, o que não for eu não assino. Eu não assino nada. Então, o balancete que não dá tempo de eu olhar, eu nem vou olhar. Porque eu sei que se eu for olhar, eu sei que não vai dar tempo eu olhar e eu vou assinar uma coisa. Eu tô sendo. Com certeza, eu tô sendo omissa naquilo ali. Então eu deixo bem claro isso, eu não faço isso (Entrevistada 05, dez. de 2022).

Outros conselheiros mencionaram que os participantes do conselho têm pouco interesse em manusear os documentos de prestação de contas, exceto aqueles que apresentam oposição político-partidária ao governo municipal.

Uma das entrevistadas cita exemplos de questionamentos sobre gastos, sugerindo que a percepção da prestação de contas está relacionada à identificação

de possíveis irregularidades e desperdícios, mas que do ponto de vista desta conselheira são desnecessários tais questionamentos.

Por que é que tá comprando, bem aqui, um termômetro que é 78 reais e ele está custando 780? Por que é que tá comprando é... bojo de sutiã pra colar elástico e pra usar como máscara? (Entrevistada 03, dez. de 2022).

Outro entrevistado destacou a importância das políticas públicas e a necessidade de compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) para valorizar a prestação de contas. Ele enfatiza a luta por melhorias no processo formativo dos conselheiros e a importância de participar ativamente das discussões relacionadas à saúde do município. Isso sugere que, na percepção deste conselheiro, a prestação de contas é uma oportunidade de participação e de identificação de melhorias.

A portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, contendo orientações relativas aos instrumentos de gestão do Sistema de Planejamento do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) adota a visão de que a participação da comunidade desempenha um papel fundamental na ampliação da democracia e na implementação efetiva das políticas públicas de saúde. No entanto, o termo "participação social" muitas vezes é interpretado de diferentes maneiras e com entendimentos diversos (Carvalho, 1995; Carvalho 1997 *apud* Escorel; Moreira, 2014).

Algumas perspectivas teóricas utilizam o termo "Participação Social" associando-o ao conceito de controle social como *accountability*, limitando-o apenas à supervisão e avaliação. Essa interpretação leva à ideia de que o controle social no âmbito do SUS se resume apenas à gestão técnica do sistema, desconsiderando a história de lutas dos movimentos populares e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) em defesa do direito humano à saúde (Carvalho, 2014).

Portanto, compreendemos como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que a participação social e o controle social como uma participação abrangente em todo o processo das políticas públicas, desde a sua concepção até a fiscalização e avaliação. Isso inclui o planejamento, monitoramento e acompanhamento, além de considerar como o dinheiro público é utilizado na implementação dessas políticas públicas (Peralta; Peruzzo; Both, 2012).

Nas entrevistas realizadas com os conselheiros de saúde, questionou-se como eles realizavam o acompanhamento e fiscalização do que era apresentado pela secretaria de saúde ao conselho municipal.

O controle social é concebido como a participação efetiva da comunidade na gestão do SUS. Assim, vai além da mera fiscalização, sendo a comunidade a proponente e definidora dos serviços públicos desejados em cada área. No contexto da saúde, isso implica a comunidade decidindo quais políticas públicas de saúde desejam ver implementadas. É um diálogo colaborativo entre o poder público e a sociedade. Compreender o controle social nessa perspectiva é entendê-lo como parte integral do processo decisório, incorporando-o à gestão do Estado.

4.5.3 O balancete como prestação de contas

Questionou-se aos entrevistados se durante as reuniões ou encontros de comissões, incluindo a comissão de acompanhamento financeiro e orçamentário, havia discussões e debates sobre a análise dos balancetes de prestação de contas do Conselho Municipal de Saúde.

Um dos entrevistados, que fazia parte da comissão de análise do balancete, mencionou que há controvérsias e discussões durante as reuniões da comissão. No entanto, essas discussões não se limitam apenas ao balancete, mas também envolvem problemas relacionados a funcionários e atendimento. A comissão analisa, fiscaliza e revisa as transações registradas no balancete, buscando confirmar se os itens comprados realmente foram entregues e estão presentes nas unidades de saúde.

Na comissão de fiscalização, a gente analisa, fiscaliza, e cobra, e revisa e fica pendente pra chamar alguém só, realmente, o que diz respeito ao que é comprado. O que entra e o que sai, que é o balancete. Nós se reúne só os quatro, ou só os três. Nunca só dois, tem que ser no mínimo três, que é a maioria, tá e folheia. E a gente discute quando ele tem dúvida um com outro, olha fulano isso aqui, você viu isso aqui? Isso aqui é desse jeito ou é daquele jeito. A gente debate bastante aquele assunto, tá (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Questionou-se também se essa comissão realizava visitas às unidades básicas de saúde e o entrevistado explicou que além das visitas, fiscalizavam, orientavam e tentavam dirimir as dúvidas dos conselheiros com os trabalhadores e usuários.

Quando há necessidade já fizemos, já. Já fizemos fotografias, já fomos lá pessoalmente. Aconselhar também, que é o nosso papel, né? Orientar e tirar dúvida, porque muitas das vezes o papel não esclarece a dúvida. E como...

e a gente, a gente também vai confirmar se aquele aparelho, se aquele objeto foi comprado, se encontra naquele recinto (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Outros entrevistados sugeriram que o pouco debate ou discussões em relação às prestações de contas da gestão municipal de saúde no conselho se associava ao conhecimento insuficiente que muitos conselheiros apresentavam ao analisar os documentos e, principalmente, o balancete.

Eu até falei, eu digo: Oh, eu tenho coisa que vocês têm que especificar aqui, porque tem letra que parece letra de médico, o mesmo médico que há muito tempo se aposentou, que tem letra chique bem. E a gente não sabe nem pra onde vai. Então, dificulta pra a gente, né. Por isso que a gente pede uma capacitação, que isso também melhora muito nosso conhecimento (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Uma das entrevistadas relatou que as informações no balancete eram complexas e atribuía essa dificuldade a falta de capacitação adequada para os conselheiros. Ela mencionou que alguns conselheiros simplesmente assinam o balancete sem compreender seu conteúdo, enquanto outros levam mais tempo para analisá-lo e fazer questionamentos sobre despesas que parecem suspeitas.

Muita coisa, não. Poucas coisas, a gente entende. Primeiro, a maioria dos conselhos, se você der um balancete daquele ele não sabe nem para onde vai. O que eu observo quando chega aquela ruma de balancete na mesa, o objetivo de cada um é pegou a caneta e tá, onde eu assino? Onde eu assino? Não quer saber de nada, entendeu? Quando chega um que ainda vai abrindo uma folha outra, ele demora, vamos, vamos a porta para fechar tal lugar vai fechar? Não sei o que vai fechar, entendeu? Então assim até... Dificulta pra gente, porque além da gente não é, além da gente não entender tudo que tá ali, não tem como você entender tudo ali. Tem umas letras que você não sabe nem pra onde vai (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Como ela não tinha proximidade com o Portal da Transparência ou com o Fundo Nacional de Saúde, por exemplo, uma das estratégias utilizadas por esta conselheira para fiscalizar e acompanhar os gastos da secretaria municipal de saúde era pelas postagens nas redes sociais da prefeitura. À medida que ela visualizava as postagens, anotava e depois comparava quando o balancete era apresentado.

Não tem (um resumo ou apresentação das contas), o que a gente sabe (...) Um exemplo, eu, falando por mim, eu olho muito, eu não sou muito de rede social, mas o tempo que eu tenho eu vou lá e vou olhando, né? Às vezes, o município ganhou tal, aconteceu isso no município. Eu vou anotando numa folhinha, no dia que eu for olhar o balancete, eu vou olhar, se foi aquilo ali pra secretaria de saúde, o que foi para o município e tal (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Além de haver poucas discussões e debates sobre o balancete de prestação das contas no CMS, é realidade o parecer do balancete ser apresentado pronto para assinatura da composição do conselho.

Na verdade, esse parecer já vem no ponto (...) esse balancete, eu até perguntei uma vez, porque no meu conhecimento que seja, o que é que o conselho, o dever do conselho. Olhar os balancetes se tiver alguma coisa que o conselho acha que não tá correto, que não tá aqui no padrão, a gente tem que sentar e ver o que que está acontecendo aqui. Pra pode esclarecer pra gente, o que é que tá faltando. Depois de tudo isso se faz sim, um relatório ou esse relatório já tá ali pra gente dar uma olhadinha, ver tudo direitinho e fechar, e assinar, e mandar para a prefeitura. Eu nunca vi isso na vida (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Não há, assim, uma análise mais profunda por parte dos conselheiros e uma apresentação do balancete por parte da Secretaria de Saúde. A falta de capacitação adequada e a complexidade das informações também dificultam a compreensão do documento pelos conselheiros.

Os questionamentos ou discussões que surgem em relação a prestação das contas da gestão municipal de saúde estão relacionadas ao tempo de entrega e análise do balancete e assinatura do parecer.

Não (há discussão sobre a prestação de contas). O que a gente tem é cobrança tipo a gente cobra: “Oh, a gente precisa de uns dias mais estipulado, ou seja, 1 dia, 2 dias, 3 dias pra dá uma olhadinha no balancete, porque meia hora não tem como você olhar um balancete” (Entrevistada 5, dez. de 2022).

4.5.4 Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS)

Em relação ao Plano Municipal de Saúde, questionou-se aos conselheiros se eles participavam de forma ativa na proposição e elaboração. O período das entrevistas foi após o primeiro ano de mandato do executivo municipal. Assim, segundo os conselheiros, foram realizadas as Conferências Municipais de Saúde no primeiro ano de mandato do(a) atual prefeito(a).

Alguns conselheiros mencionaram que o processo de mobilização para a conferência foi intenso e que todas as pessoas que têm interesse, participam e podem opinar sobre os temas discutidos.

É! Foi divulgado, foi entregue os convites, né, pra cada instituição uma chamada na cidade, um carro, né, de som e aí o dia todo ou na câmara, foi na Câmara e aí lá foi oferecido um lanche, almoço pra passar o dia todo pra poder, porque traz uma pessoa para dar palestra, orientar, informar qual a necessidade, qual a importância da reunião e aí dado as pautas, os temas, e aí na parte da tarde é feito os grupos pra cada um dá a sua opinião (Entrevistada 1, jan. de 2023).

Geralmente o Conselho Municipal de Saúde propõe as Conferências de Saúde no primeiro ano de mandato da atual gestão municipal. Entretanto, segundo alguns relatos, a assessoria técnica dos municípios elaborou a Conferência de Saúde

daquele ano e os conselhos de saúde ficaram como apoio desse processo, como atores coadjuvantes.

Foi difícil (fazer a conferência). Tudo é difícil. Assim, difícil de trabalho, mas tivemos apoio (da secretaria de saúde). A assessoria ajudou, também. (...) nós fizemos tudo certo. E fizemos a central aqui no auditório. Acho que foi tudo junto. A nossa assessoria ela, assim... ela é... ela é muito inteligente. (...) ela não vem sempre, mas ela ajuda... (Entrevistada 3, dez. de 2022).

Após as conferências terem sido realizadas, segundo os relatos, os Planos Municipais eram apresentados aos conselheiros, mas sem discussões. Segundo os entrevistados, o Plano de Saúde em vigência nos municípios estava embasado no relatório da Conferência Municipal de Saúde.

Entretanto, é realidade de alguns municípios que a elaboração do Plano Municipal de Saúde precede a realização da conferência municipal de saúde e seu relatório. Assim, a assessoria técnica da secretaria de saúde de alguns municípios elabora um Plano Municipal de Saúde, apresenta na Conferência de Saúde e aos conselheiros de saúde. No trecho a seguir, optou-se em apresentar o diálogo realizado com este entrevistado.

Entrevistado 4: O plano sempre é discutido com a comunidade e a conferência.

Pesquisadora: Então o plano, ele primeiro é elaborado pela prefeitura.

Entrevistado 4: Isso.

Pesquisadora: Aí passa pra conferência pra ser meio que aprovado pela população, é isso?

Entrevistado 4: Certo, só que esse plano municipal, ele é feito, ele é elaborado, ele é discutido.

Mesmo sendo apresentado à população na Conferência de Saúde, a assessoria técnica apresenta aos conselheiros em reunião no conselho.

Já é lei (realizar as conferências) e eles (gestão municipal de saúde) cumprem. Dentro dessa programação lógico que existe aquelas pessoas especialistas que vem discutir o assunto, que vem demonstrar, também, através do slide, através da coisa pra gente. A gente não é um *expert*, não entende tudo, mas a direção, a abertura, o fechamento, o direcionamento, a fiscalização, os questionamentos, os vários questionamentos (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Em outros municípios, mesmo com o processo participativo das conferências, os conselheiros não percebem efetividade do Plano Municipal de Saúde. Para a elaboração do Plano Municipal de Saúde não houve menção direta sobre a participação ou partilha da gestão com o conselho. Os entrevistados não mencionam esse processo ou discutem sua contribuição específica nessa etapa.

Eu acho que o plano, os planos democráticos, que hoje daqui a gestão pública faz, na sua maioria todos são só de ficção, só de adequação à lei. Você discute, ali, você faz a pauta, mas... É proforma, não tem. Você pode observar. É igual o orçamento, tá aí, tá aberto agora. O presidente da

comissão de orçamento e finanças da câmara, chamou a sociedade pra discutir o orçamento público que foi mandado (Entrevistado 6, dez. de 2023).

Em relação à Programação Anual de Saúde (PAS) e o RAG, não houve menções específicas sobre o comparativo entre esses dois instrumentos. Os entrevistados mencionam que a PAS é recebida antes do relatório, mas não mencionaram que utilizam no processo de acompanhamento e fiscalização das ações de saúde, e nem que ajude na visualização das metas e ações planejadas e executadas no município.

4.5.5 Apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG)

Com a intenção de compreender não só o conhecimento, mas o processo de prestação de contas da gestão municipal de saúde com o conselho, questionou-se sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG). Foram realizadas três perguntas: 1. se o entrevistado já havia participado de alguma discussão sobre o RAG; 2. se este instrumento de gestão já tinha sido apreciado pelo conselho e; 3. se a gestão municipal entregava o RAG no prazo estabelecido por lei.

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a gestão municipal varia. Em alguns municípios, há uma boa relação com entrega regular de relatórios e participação ativa da gestão nas discussões.

A entrega do RAG deve ocorrer até o dia 30 de março do ano não parece ocorrer no prazo estabelecido pela lei complementar 141 de 2012. Em alguns casos, os entrevistados mencionaram que o relatório não foi entregue no prazo estabelecido. Em outras situações, o relatório foi entregue dentro do prazo, mas não souberam informar a data ou o mês.

Não é realidade dos municípios que o RAG seja discutido e apreciado pelo conselho. Dos entrevistados, disseram que são realizadas reuniões e audiências públicas em que a assessoria técnica da gestão municipal apresenta detalhes do relatório e respondem às perguntas dos conselheiros e da comunidade em geral, quando é convidada. No entanto, em outros casos, não há menção à discussão ou conhecimento do RAG pelo conselho.

Tem uma reunião com eles, tem uma discussão, tem uma plenária toda. Os técnicos vêm, a gente reúne todo o conselho com os técnicos que elabora o relatório que fazem e eles vêm esclarecer pra gente todo, todos os pontos lá e a gente questiona aquilo que a gente tem dúvida. Eles não entregam pra gente somente, fisicamente, pra gente se virar. Antes da aprovação, eles vêm em detalhe e foi até necessário (Entrevistado 4, dez. de 2022).

A entrevistada do município de Cajueiro da Praia disse que tem proximidade com o RAG e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), entretanto disse que não recordava se a gestão municipal entrega no tempo exigido por lei. Uma das justificativas era de que os dois relatórios eram entregues no prazo estipulado porque o município contrata uma assessoria técnica que elabora e entrega aos conselhos conforme instituído. “Mas é entregue com tempo. Ele tá dentro do prazo que a gente tem uma assessoria técnica na saúde e ela cumpre direitinho os prazos” (Entrevistada 3, dez. de 2022).

A conselheira do município de Luís Correia explicou que eventualmente em algumas reuniões, os conselheiros eram informados sobre temas relacionados à saúde do município, entretanto, não tinha presenciado reuniões relativas à apresentação e deliberação do relatório anual de gestão.

Nunca recebi. Nunca vi. Eu sei que existe, né. Eu sei que existe um relatório, eu sei que ele segue um cronograma, porque eles têm que bater a meta deles, é igual a acesso a qualquer um. Eles têm que bater a meta deles. Eu sei que existe coordenações tipo, o NASF. O NASF tá correndo atrás para bater aquela meta, porque baixou o não sei o que lá deles, lá o índice deles e tal, então isso a gente sabe, né. A gente tem conhecimento, porque busca, porque houve, porque está sendo debatido na reunião, porque recebe a reclamação de alguma zona, de algum bairro. Entendeu? A gente sabe por isso, mas que é botado na nossa mesa tipo o ano passado. É 2021, não foi votado na mesa do conselho. Tá aqui o relatório, né, de tudo que aconteceu na nossa secretaria de saúde. Pode ser que exista dentro do conselho, mas ainda vetado lá dentro do armário que eu não sei aonde (Entrevistada 5, dez. de 2022).

O entrevistado de Parnaíba explicou que o conselho exigiu em vários momentos a apresentação do Relatório Anual de Gestão, mas não foi cumprido pela gestão municipal. Ele explicou também que o site do digiSUS nunca tinha sido acessado pela presidente do conselho há época.

Até 2022, um dos municípios entrevistados não tinha acesso ao sistema digiSUS, estando sob tutela da gestão municipal. Os outros municípios entrevistados não conheciam o sistema e as trabalhadoras que tinham conhecimento achavam que somente os gestores poderiam ter acesso.

Em outros casos, há falta de mobilização e organização dentro do próprio conselho, o que leva a uma relação enfraquecida e falta de entrega de relatórios no prazo.

Faltou mobilização mesmo. Da gestão (do conselho). A gestão (do conselho municipal) faltou. O próprio conselho foi que esfriou, (...) Antes, antes eu nem me lembro, porque antes eu acho que nem existia, praticamente. (...) (o conselho) só se reunia mesmo por causa da prestação de conta (Entrevistado 6, dez. de 2022).

O Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento está designado para substituir o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SargSUS) na elaboração dos relatórios de gestão (RDQA e RAG). Além dessa função, o sistema também disponibilizará outras funcionalidades, incluindo o registro de informações do Plano de Saúde (PS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e das metas da Pactuação Interfederativa (Brasil-MS, 2021).

4.5.6 Educação Permanente para a Participação Comunitária no SUS

As falas dos entrevistados indicam a necessidade de fortalecimento do conselho no monitoramento e na avaliação dos gastos e investimentos públicos na saúde, além de destacar a importância da educação permanente desses conselheiros para que ocorra a transparência e a prestação de contas pela gestão de forma eficaz e responsável dos recursos destinados à saúde pública.

Na verdade, o pouco conhecimento que a gente tem, inclusive foi uma das pautas da nossa reunião, pra trazermos capacitações pra nós. (...) Por isso que a gente pede uma capacitação, que isso também melhora muito nosso conhecimento (Entrevistada 5, dez. de 2022).

(...) com certeza e deveria ter cursos, né. Era isso que eu tava te falando pra você trazer essas pessoas que estão um pouco acomodadas, não porque querem, talvez, mas porque não há um incentivo, a gestão deveria, o conselho deveria promover, não esperar uma vez no pra fazer uma reunião (Entrevistado 6, dez. de 2022).

Essas diferentes visões destacam a necessidade de aprimorar as práticas de fiscalização e fortalecer o papel do conselho no monitoramento dos gastos públicos na saúde, pensando em estratégias de educação permanente para o controle social no SUS e, talvez, caminhos para orçamento autônomo destinado para as ações dos conselheiros de saúde.

Enquanto alguns entrevistados mencionam o acompanhamento do orçamento no âmbito municipal, outros expressam que não são “capazes” em acompanhá-los. A partir das entrevistas, percebeu-se que existem níveis diferentes de conhecimento sobre os recursos públicos na saúde, assim como com o conhecimento relacionado às tecnologias existentes.

Não obstante a esta realidade, um estudo realizado em 2009 intitulado “Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil” (MORAES *et al.*, 2009) realizado com conselheiros de saúde representantes dos segmentos gestor/prestador de serviços, trabalhadores da

saúde e usuários, nas três esferas (nacional, estadual e municipal) apontou a importância de expandir as iniciativas de inclusão digital na área de saúde, integrando-as às políticas e à educação como um desafio intersetorial.

Além disso, as autoras destacaram a importância da democratização e qualidade da informação em saúde e tecnologias para o avanço da democracia e melhoria da saúde no país. No entanto, apontam que, apesar dos avanços tecnológicos, há uma falta de alinhamento no uso dessas ferramentas para fortalecer a influência dos conselheiros de saúde, especialmente os representantes dos usuários. Segundo o estudo, a cultura política exclui esses atores desse debate, argumentando que é uma questão técnica. Isso reflete uma abordagem tecnocrática que afasta o cidadão das discussões sobre políticas públicas relacionadas à saúde e democracia (MORAES *et.al.*, 2009).

O estudo também menciona que, no senso comum, a democratização da informação é frequentemente associada ao acesso, mas destaca que o acesso por si só não resolve as desigualdades de poder e produção de conhecimento subjacentes às decisões sobre políticas de informação em saúde. Conclui enfatizando a importância de uma abordagem que busque a inclusão digital universal não apenas pelo crescimento do mercado digital, mas como parte de um projeto de democracia participativa e emancipadora nos conselhos de saúde (MORAES *et.al.*, 2009).

Nesta pesquisa, questionou-se aos entrevistados como eles entraram em contato com os sites, portais e sistemas relacionados ao acompanhamento dos gastos públicos na área da saúde. Uma entrevistada disse que tentou acessar o Portal da Transparência, mas não teve êxito, demonstrando dificuldade no acesso ou compreensão na obtenção das informações através dos portais e sistemas disponíveis. “Só o portal. Eu já tentei 2 vezes entrar no portal, mas não com aquela clareza que diz que passa para o... para nós, né, pra nós cidadãos. A gente quer dar uma olhadinha” (Entrevistada 5, dez. de 2022).

Alguns entrevistados mencionaram que tiveram acesso a essas informações por meio de colegas de trabalho que estavam interessados em assuntos relacionados à internet e buscavam esses dados nos momentos de folga, como o horário de almoço.

Sim, eu já ouvi e às vezes quando eu fico na sala do rapaz da digitação, da regulação, dos exames. E aí quando tá vago, aí eu estou por lá, aí ele está visualizando e a gente vai conversando e vai olhando. Acho que o nome é Portal da Transparência (Entrevistada 1, jan. de 2023).

Outra entrevistada afirmou ser curiosa e que buscava essas informações por conta própria. Ela não mencionou uma fonte específica que a tenha incentivado, indicando que sua motivação para entrar em contato com os sites, portais e sistemas era intrínseca. Reconheceu que não procurou ou não teve contato com órgãos como o conselho estadual e nacional de saúde, indicando uma falta de aproximação ou busca de informações complementares. “Não tem ninguém que me incentivou é que eu sou curiosa. Na verdade, eu acho que falta a gente procurar, né? A gente sabe que tem, falta procurar. Eu acho que falta mesmo é a gente aproximar as nossas distâncias, né?” (Entrevistada 2, fev. de 2023).

Alguns entrevistados mencionaram ter ouvido falar sobre a existência desses sites, portais e sistemas em gestões anteriores, quando era obrigatório ter conhecimento sobre eles. No entanto, no conselho em que atuam não têm um envolvimento direto com essas ferramentas.

Não. Nós não utilizamos não. Nós só, realmente, conferimos o que tá no relatório, né, no balancete. A prefeitura tem um convênio com o diário dos municípios, que também fica lá. É obrigado esses relatórios ser publicado né? Eles sempre, eles publicam os quadrimestres, os semestrais. Não é todo mês. Não pode ser assim. Tem os períodos de ser publicado, entendeu? Ouvi eu posso dizer eu ouvi (dizer sobre sites, portais), porque passei por outras gestões que eu tinha, que era obrigado a ter conhecimento, agora no conselho não (Entrevistado 4, dez. de 2022).

Os entrevistados expressaram preocupação com a falta de fiscalização e a necessidade de ter acesso a informações detalhadas sobre os gastos, por mais que não compreendam a estrutura e os instrumentos de gestão para a fiscalização.

Assim, compreendeu-se que os discursos apresentados pelos entrevistados destacaram a importância do Portal da Transparência como uma ferramenta relevante para acessar informações sobre os gastos e investimentos públicos na saúde, por mais que não seja de conhecimento prático de todos.

Verificou-se, também, a necessidade de promover o conhecimento e o uso efetivo dessas ferramentas pelos conselheiros no monitoramento e controle dos recursos na área da saúde. Provavelmente, um dos desafios seja de facilitar o acesso a essas informações, na tentativa de garantir compreensão e transparência para os cidadãos e os envolvidos no controle e monitoramento dos recursos na área da saúde.

Sobre a percepção da estrutura e funcionamento do conselho, alguns entrevistados demonstram conhecimento limitado sobre resoluções ou leis de âmbito federal que regem sua organização e funcionamento. “Na verdade, o pouco

conhecimento que a gente tem, inclusive foi uma das pautas da nossa reunião, pra trazermos capacitações pra nós” (Entrevistada 05, dez. de 2022).

A necessidade de capacitação e conhecimento mais aprofundado sobre o regimento do conselho é mencionada como uma pauta para futuras reuniões. Além disso, a possibilidade de alterações no regimento ao longo dos anos foi mencionada, mas não houve informações concretas sobre essas alterações.

4.6 Reflexões sobre o percurso da pesquisa

O ano de 2023 iniciou com uma certa esperança em retomar os direitos conquistados que nos foram tirados de forma mais abrupta desde 2016. No dia 1º de janeiro do 2023, subiu a rampa do palácio do planalto Luís Inácio Lula da Silva para governar pela terceira vez o nosso país.

Acompanhado do presidente recém-eleito, estava presente o cacique kayapó Raoni Metuktire, renomado líder indígena brasileiro de projeção mundial. Juntamente, participavam da cerimônia Aline Sousa, de 33 anos, catadora de lixo recicláveis que atua na coleta de resíduos para reciclagem desde os 14 anos, representando a terceira geração de catadores em sua família. Também presente estava Francisco, menino de 10 anos que conquistou o primeiro lugar no campeonato da Federação Aquática Paulista (1º região). Ivan Baron, um defensor dos direitos das pessoas com deficiência. Ele enfrentou uma paralisia cerebral aos 3 anos devido a uma meningite viral e tornou-se uma referência na luta anticapacitista. Wesley Rodrigues Rocha, metalúrgico na região do ABC, na Grande São Paulo, que trabalha desde os 18 anos. Além desses, estavam presentes Jucimara Fausto, cozinheira, o professor Murilo Jesus, o artesão Flavio Pereira, a primeira-dama Rosângela da Silva (Janja) e a cadela Resistência (Patriolino, 2023).

Alguns poderiam interpretar essa entrada no Palácio do Planalto como uma mensagem aos brasileiros, lembrando as promessas de antes da eleição, além de enfrentamentos, como a crítica veemente que Lula fez à contrarreforma trabalhista de 2017 (Galvani, 2023) e ao Teto de Gastos de 2016. Na “Conferência Livre, Democrática e Popular da Saúde” realizada em agosto de 2022, na cidade de São Paulo, Lula foi manchete no canal da mídia corporativa, CNN, ao dizer que:

Portanto não esperem de mim ficar chorando que não tem dinheiro... nós vamos ter que arrumar o dinheiro. Eu digo sempre o seguinte. Toda vez que a gente fala que não tem dinheiro, toda vez... O teto de gastos não foi criado, não foi criado para não pagar banqueiro, não foi criado para não pagar os

ricos. O teto de gasto foi criado para que se evitasse dar aumento na saúde, na educação, no transporte coletivo, na renda das pessoas que trabalham nesse país. É importante saber que não é nenhuma bravata... vocês sabem que eu não sou de fazer bravata. Eu não sou de rasgar nota de 10. Não sou de dizer coisas que eu não acredito. Mas não terá teto de gasto em lei no nosso país (Silva, 2022).

Entretanto, a realidade não foi essa. Em março de 2023, a equipe econômica do Ministério da Fazenda, liderada por Fernando Haddad, propôs a política fiscal chamada de “Arcabouço Fiscal” (Muniz, 2023).

Por mais que tenha diferenças técnicas em comparação ao “Teto de Gastos” de Michel Temer, o Arcabouço Fiscal não deixa de ser uma política fiscal de austeridade, que segundo estudiosos sobre o assunto, em economias vistas como mais avançadas e com instituições consolidadas no sistema capitalista, observam-se mecanismos capazes de gerenciar o endividamento fiscal (Giambiagi; Além, 2000).

Nesse contexto, essas sociedades consideradas mais “maduras” geralmente apresentam uma capacidade de endividamento, incluindo a oferta de crédito, superiores às aquelas em estágios menos avançados de desenvolvimento econômico e institucional (Giambiagi; Além, 2000).

Por esses motivos, vários países desenvolvidos, como Japão (198%), Estados Unidos (90,5%), Bélgica (86,95%) e França (80,98%), apresentam uma relação dívida/PIB elevada, chegando a cem pontos percentuais ou mais (Machado, 2020).

Em contraste, sociedades em desenvolvimento, com demandas elevadas e carências sociais, há uma tendência maior de fragilidade diante de práticas de austeridade fiscal, o que pode levar à flexibilização das instituições de controle de endividamento (Giambiagi; Além, 2000).

No entanto, as evidências históricas e recentes indicam que, em tais contextos, os Estados tendem a adotar cortes orçamentários nas políticas sociais. Essa escolha é influenciada pela relação controversa entre as elites e os Estados, uma vez que medidas alternativas, como, por exemplo, a reforma do sistema fiscal para combater a evasão fiscal, ou a adoção e redistribuição da carga tributária para tributos mais progressivos sobre a renda e a propriedade, não são acolhidas pelas elites (David, 2018).

Se relembrarmos o que Karl Marx e Friederich Engels explicam no Manifesto do Partido Comunista, a proposta de austeridade fiscal é “o moderno poder de Estado” que segundo eles “é apenas uma comissão que administra os negócios comunitários de toda a classe burguesa”. Dessa forma, confluindo no que David (2018) expôs,

estamos em um acirramento do que “a história de toda a sociedade até aqui” nos apresentou: a história de lutas de classes.

Em entrevista à Rádio USP, o professor Simão Silber da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (FEA-USP) explicou que

A proposta (do arcabouço fiscal) é muito pouco realista, para ser bastante condescendente. Ela conta com a possibilidade de um aumento muito grande de receita que dependeria de um desempenho muito vigoroso da economia. Isso não vai ocorrer, nem neste ano nem no próximo”, (...) Tem premissas falsas, de que vai haver aumento importante de receitas, muito maior do que o de despesas, que seria tão grande que ainda sobraria dinheiro para controlar a trajetória da dívida (SILBER, 2023).

Ao final deste trecho da entrevista, o professor da FEA-USP avaliava que o congresso rejeitaria a proposta. Não foi o que aconteceu. No dia 23 de maio de 2023, o Arcabouço Fiscal, renomeado pelo relator Cláudio Cajado (PP-BA) de Regime Fiscal Sustentável, foi votado e aprovado na câmara dos deputados em regime de urgência, ou seja, sem passar por comissões temáticas da câmara legislativa (Piovesan, 2023). No dia 31 de agosto de 2023, o Regime Fiscal Sustentável foi sancionado pelo Presidente Lula (Triboli, 2023).

A ideia inicial era excluir os investimentos em educação, especialmente no Fundeb, do limite de gastos, pois já contam com uma vinculação constitucional. Além disso, os gastos relacionados ao novo piso de enfermagem também estavam previstos para serem excluídos da restrição nos gastos (Caldeira, 2023).

Estudiosos e especialistas econômicos atuantes no campo do Controle Social do SUS, elogiaram com ressalvas o novo Teto de Gastos, como o economista e consultor técnico da Cofin-CNS, Francisco Funcia, que em exposição na mesa temática sobre financiamento da Seguridade Social, em abril de 2023, apresentou uma análise de pontos considerados por ele importantes do que se conhecia da proposta do Governo Federal sobre o arcabouço fiscal, e seu impacto no financiamento do SUS e da Seguridade Social (Brasil-CNS, 2023).

Contudo, surge a indagação sobre como uma proposta de política fiscal, fundamentada em ideologias estritamente neoliberais, pode ter aspectos positivos ao atacar as possibilidades de gastos e investimentos na área da saúde e da educação. Afinal, como apoiar uma proposta que não foi dialogada e sequer apresentada durante a campanha eleitoral de 2022?

Lenir Santos e Francisco Funcia elaboram uma nota publicada no *site* Domingueira, nº 27 de agosto de 2023, em que abordaram a discussão do Arcabouço

Fiscal e a necessidade de manter os repasses de recursos ao Ministério da Saúde, visando cumprir o piso federal de financiamento do SUS. Os autores destacaram a importância de assegurar, o mínimo constitucional de 15% da Receita Corrente Líquida como piso federal do SUS em 2023 e 2024 (Santos; Funcia, 2023).

Ademais, ressaltaram a necessidade de o Governo Federal dialogar com os movimentos e trabalhadores da saúde para apresentar uma proposta de recomposição parcelada, a partir de 2024, dos R\$ 70 bilhões suprimidos do Ministério da Saúde entre 2018 e 2022 devido à Emenda Constitucional 95/2016 (Santos; Funcia, 2023).

Os dois estudiosos e militantes do controle social do SUS fizeram essa nota, porque na segunda quinzena do mês de agosto de 2023, o jornal Folha de São Paulo fez uma reportagem que destacava que a equipe econômica do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento e Orçamento discutiam “pedir autorização para cumprir um piso menor na saúde, à revelia de uma regra constitucional que o próprio PT escolheu reativar” (Tomazelli, 2023).

Em setembro de 2023, durante uma entrevista ao site Outra Saúde, Francisco Funcia, em um diálogo cauteloso, mencionou que o Governo Federal não expressou apoio a qualquer redução potencial do orçamento do SUS (Brito, 2023). No entanto, ele lamentou a rapidez com que o projeto foi apresentado, sem a participação dos movimentos de saúde:

(...) deveria ter ouvido, no mínimo, o Conselho Nacional de Saúde, instância deliberativa do Sistema Único de Saúde. Além do CNS, deveriam ter sido escutadas as entidades da reforma sanitária brasileira. Deveriam ter sido escutadas, por exemplo, a Frente pela Vida, que reúne várias dessas entidades, a fim de saber se há algum risco de que não valeriam os 15% da RCL arrecadada no exercício de 2023 e se avaliar qual seria, então, o caminho a seguir (Funcia, 2023).

Essa política fiscal de austeridade beneficia diretamente os bancos privados e o mercado financeiro, segundo observou especialistas na área ao comentarem sobre a medida, como o economista Márcio Holland, professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV), em São Paulo. Para o economista, o arcabouço veio “em linha” com as expectativas do mercado financeiro (Rydlowski, 2023).

Diferente do que o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, afirmava de que “saúde não é gasto, saúde é investimento” (Santos; Funcia, 2023), percebe-se um ataque frontal à parcela da população que apoiou o projeto de governo que não

incluía austeridade fiscal, pelo contrário, incluía fortalecimento financeiro do SUS, remuneração adequada e suficiente para os trabalhadores da saúde.

Visando atingir as metas e superávits impostos pelo próprio Executivo Federal, visto como “audaciosos” pelos congressistas de viés ideológico à direita, a nova proposta do Governo Federal do primeiro semestre de 2023 eram as Parcerias Público-Privadas em todas as áreas, inclusive na saúde e educação.

Embora nos deparemos com elaboração e vigor de políticas contrárias às ditas progressistas que eram esperadas, em 16 de agosto de 2023, foi anunciada a Portaria GM/MS nº 1.133, que instituiu o Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde. Essa medida, relevante e necessária no âmbito do Sistema Único de Saúde, objetivou contribuir para a atuação dos movimentos sociais e populares na defesa do SUS e do direito à saúde. Segundo a Portaria, o programa visa fortalecer o protagonismo popular, promover a articulação de saberes e incentivar práticas de educação popular em saúde nos territórios do SUS (Brasil-MS, 2023).

Segundo o que foi determinado no artigo 7º da Portaria GM/MS nº 1.133, os recursos financeiros indispensáveis para a implementação do programa serão alocados no orçamento do Ministério da Saúde. No entanto, cabe questionar a viabilidade de êxito desse programa diante das ameaças aos mínimos constitucionais do SUS, que estão sob risco de redução de recursos.

Outro ponto necessário para reflexão no panorama da saúde mental no SUS é o financiamento às Comunidades Terapêuticas. Conforme estudo realizado pela ONG Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), o investimento federal em Comunidades Terapêuticas atingiu a marca de R\$ 560 milhões no período de 2017 a 2020. O auge dos investimentos a essas entidades privadas, nos anos de 2019 e 2020, foram de aproximadamente R\$ 105 milhões de recursos públicos a cada ano (Moncau, 2023).

Apesar desses montantes, até maio de 2023, foram repassados R\$ 53 milhões. O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome liderado por Wellington Dias (PT-PI) direcionou aproximadamente R\$ 272 milhões do orçamento inicial de 2023 para a área de “redução da demanda de drogas” — que na prática são recursos destinados às comunidades terapêuticas (Borges, 2023).

No dia 25 de janeiro de 2023, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) fez uma nota posicionando-se contrária a criação do Departamento de

Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Abrasco, 2023).

Segundo a entidade, a criação do Departamento provocaria conflitos internos, pois prejudicaria a implementação de políticas existentes e ameaçando os princípios fundamentais da reforma psiquiátrica e da defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental. A ABRASCO lembrou na nota que a frente ampla que elegeu Lula, especialmente na área da saúde, tem esses princípios como basilares (Abrasco, 2023).

Na nota, a Associação explica que a existência de um Departamento no âmbito do Governo Federal voltado para o apoio à categoria de entidades privadas, geralmente religiosas, introduz uma anomalia no campo da política pública. Essa anomalia inverte a relação tradicional entre o interesse público e privado, colocando a política pública a serviço de entidades privadas.

Ademais, é relevante notar que o departamento está diretamente subordinado à Secretaria-Executiva do Ministério, estabelecendo internamente no Governo Federal uma entidade concorrente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na gestão de políticas de cuidado e desenvolvimento social para pessoas que usam drogas (Abrasco, 2023).

Em 26 de janeiro de 2023, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Recomendação nº 001, que sugeriu a revogação da criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas. Além de recomendar o início da construção de uma articulação entre ministérios (Saúde, Desenvolvimento, Assistência Social, Justiça/SENAD e Direitos Humanos) para discutir a Política Nacional de Saúde Mental e Drogas. O objetivo seria integrar essa política à abordagem nacional sobre drogas, criando um planejamento conjunto baseado no cuidado em saúde, conforme previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Esse planejamento deveria contemplar estruturas comunitárias que promovessem a inclusão social, preservando os laços comunitários e evitando a exclusão social (Brasil-CNS, 2023).

Diante do que foi apresentado, a esfera da Participação Social no SUS revela diversas linhas de luta e todas convergem para o enfrentamento contínuo por financiamento para o Sistema Único de Saúde. No entanto, estamos aguerridos a esta luta na atual conjuntura histórica do país? Ou perdemos na ideologia neoliberal, ou melhor, ultraneoliberal, como trouxe Maria Lucia Frizon Rizzotto (2018) em seu texto “A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de

ultraneoliberalismo". A autora afirma que defender a democracia "implica em defender um projeto de sociedade igualitária (...) distante de pressupostos autoritários estranhos na nova ofensiva do neoliberalismo" (Rizzotto, 2018, p.1717).

O que fazer em momentos de ofensiva?

Em 2014, Lígia Bahia concedeu uma entrevista na Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Naquela época, a professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) chamava atenção para o avanço das privatizações no âmbito da saúde.

(...) é uma sucessão de governantes que pensam que o SUS é para pobres. E, já que o SUS é para pobres, tem que desonerá-lo de quem pode pagar; esse discurso está sempre presente. Fernando Henrique Cardoso falou isso com todas as letras. Lula falou isso com todas as letras. Dilma falou isso com todas as letras. Os governadores falam, e a gente não quer acreditar (Bahia, 2014).

Em artigo intitulado "Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil", Souza *et.al.* (2019), tendo como uma das colaboradoras Lígia Bahia, expõem que, naquela época, era urgente superar o subfinanciamento de maneira estrutural, a estratégia fundamental é consolidar o orçamento da Seguridade Social. Contudo, segundo os autores, era necessário enfrentar a ameaça, tão ou mais grave, de fim da vinculação constitucional dos recursos da saúde anunciada pelo ministro da Economia, que era Paulo Guedes. Essa proposta não resultaria no congelamento dos gastos em saúde, como faz a Emenda Constitucional 95/2016, mas reduziria de forma absoluta as verbas destinadas ao SUS (Souza, *et al.*, 2019).

Em palestra recente realizada no Instituto Humanitas Unisinos (IHU), Lígia Bahia, referência nacional em Saúde Pública e Coletiva, revelou que há motivos para otimismo e destacou declarações do presidente Lula em sua participação na 17ª Conferência Nacional de Saúde. "Lula fez uma afirmação que eu considero importantíssima. Talvez a mais relevante que fez sobre a Saúde ao longo da sua longa carreira política. Lula disse: 'nós queremos um SUS de primeira classe'" (Bahia, 2023). A médica apontou que a partir dessa afirmação há uma mudança significativa, que parece finalmente reconhecer a universalidade constitucional do SUS (Santos, 2023).

No entanto, como mostramos no decorrer dessa reflexão, a própria base do Governo Federal levou adiante a proposta de Paulo Guedes como Projeto de Lei Complementar 136/2023, elaborado pelo deputado federal Zeca Dirceu (PT-PR), que surgiu como resposta para compensar estados e municípios pelas perdas de arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

causadas pela política eleitoreira de Jair Messias Bolsonaro no ano de 2022 (Brito, 2023). No dia 24 de outubro de 2023, o projeto de Lei passa a vigorar como Lei Complementar 201 de 2023.

Isto exposto, quais serão os caminhos da saúde coletiva nos enfrentamentos atuais?

Durante o estudo, e elaboração dessa pesquisa, questionava-me se era possível transformarmos a realidade dos conselhos. Acredito que é possível mudar alguns processos, mas a transformação exige que tenhamos a compreensão da raiz do problema. Estão sendo impostos retrocessos em um governo que deveria ser democrático e entendermos o contexto macro também é importante para compreendermos o micro.

Afinal, qual o presente e futuro da saúde coletiva neste contexto ultraneoliberal? Não teríamos também entrado na lógica neoliberal da saúde? Será que frente a tantos retrocessos nos perdemos na ideia de que “o pouco” ou “o possível” já é bom? Estamos nós em processo de recuo ou recusa da realidade que está sendo imposta?

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da apresentação e análise dos resultados alcançados por esta pesquisa, pode-se, primeiramente, perceber que, segundo os relatos, os conselhos dos municípios da Planície Litorânea do Piauí não tem sede própria, excetuando-se um conselho. Foi perceptível que mais da metade dos entrevistados não souberam se o conselho tinha previsão orçamentária. Além disso, nem todos os conselheiros tinham acesso e conhecimento do regimento interno do conselho municipal de saúde.

Os conselheiros entrevistados contaram de suas experiências e o que motivam seus trabalhos no conselho de saúde. Entre os entrevistados, destacaram os relatos que desde a adolescência se engajavam nas lutas coletivas, outros disseram que vinham de outros conselhos de políticas públicas. Além desses, alguns conselheiros disseram que se engajam no conselho com o interesse em ver progredir as ações do conselho, entretanto percebem um distanciamento da população nesses espaços de decisão, principalmente do segmento usuário.

Nas entrevistas, surgiram relatos de conselheiros trabalhadores da saúde que foram indicados pela gestão para ocupar vaga representando o segmento usuário. Esses relatos de influência na decisão do conselho de saúde pela gestão municipal ficaram perceptíveis quando questionados sobre a relação entre as duas instituições. Segundo os entrevistados, o conselho é “parceiro” da secretaria de saúde, por mais que em outros relatos percebe-se que há uma relação de hierarquização.

Entre os entrevistados, alguns relatos reforçaram que os conselheiros que participam das comissões permanentes de fiscalização e orçamento são mais engajados e comprometidos com as ações no conselho. Outros entrevistados disseram que, por mais que façam visitas esporádicas às Unidades Básicas de Saúde, não elaboram um relatório para registro e futuras cobranças ao poder público municipal.

Os conselheiros não percebem efetividade na atuação enquanto fiscalizadores das ações de saúde, pois nem sempre desempenham essa função, por mais que percebam ser necessário o fortalecimento do conselho nesse quesito. Foram relatadas situações em que as conferências não contam com a mobilização e coordenação ativa por parte dos conselheiros. Além disso, observou-se que a gestão municipal de saúde muitas vezes contrata assessorias técnicas para a elaboração dos planos de saúde, os quais são posteriormente apresentados durante as conferências.

Como resultado desse processo, os planos de saúde elaborados frequentemente não se concretizam nos municípios, uma vez que são desenvolvidos a partir de uma perspectiva distante da realidade local.

Assim, os instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, não são conhecidos por alguns entrevistados. Quando sabem, não utilizam no processo de acompanhamento e fiscalização. Além disso, o Relatório Anual de Gestão não é apresentado no período previsto na Lei Complementar 141 de 2012. Os conselheiros conhecem como instrumento de acompanhamento e fiscalização o balancete contábil.

Outro ponto relevante é que todos os conselheiros percebem como primordial que a fiscalização e o acompanhamento das ações de saúde ocorram. Entretanto, todos comentaram da necessidade e importância de “capacitações”, principalmente relacionado à prestação de contas. Talvez o tensionamento entre conselhos municipais e o estadual, principalmente com a comissão de educação permanente, seja necessário para aprimorar esse processo de acompanhamento.

Tendo visto todos esses aspectos, podemos concluir que a maneira como os Conselhos de Saúde dos municípios analisados exerce o papel de fiscalização na execução das ações de saúde de seus respectivos municípios se dá de maneira restrita, pouco aprofundada, fragilizada. É possível depreender que há uma fiscalização, mas que é executada de maneira muito aquém do que é necessário conforme observado nas normas e resoluções.

Dessa forma, não foi visto uma fiscalização dessas ações de saúde de maneira robusta, ampla, geral, consistente e irrestrita. Assim, a fiscalização existe de forma restrita e o acompanhamento financeiro e orçamentário é menos aprofundado, talvez pelo próprio balancete contábil apresentado pela gestão municipal que é robusto e de difícil compreensão.

Diante do exposto, isso coloca questões que devem ser vistas e revistas por parte das instâncias de controle social, sejam eles nas instâncias municipal, estadual ou federal. Dessa forma, esse aspecto deve ser melhor trabalhado pelos diferentes atores do controle social do SUS.

Nessa perspectiva, pensar em propostas de educação permanente para o controle social que envolvam o caminho da educação popular em saúde, pensando em propostas as quais exaltem a formação crítica e políticas desses atores sociais, sejam primordiais para o fortalecimento da participação social no SUS.

Mesmo tendo uma representação por município e se houvesse outros atores é possível que elementos os quais não vieram à tona seriam colocados e, assim, pudessem complexificar o olhar. Entretanto, este estudo não se propôs em extrapolar para outros grupos sua análise, nem em ser estatisticamente representativo.

Tentou-se realizar atividades *in loco*, no entanto não foi possível e isso pode ter um efeito de redução das informações da entrevista, pois existe diferença entre entrevista presencial e na modalidade virtual.

Dessa forma, sugere-se fazer um estudo mais amplo em termos quantitativos e um acompanhamento dos conselhos de saúde ao longo do tempo. Além disso, é possível pensar um estudo mais aprofundado entre a relação do financiamento do SUS e como é possível obter análises e parâmetros para facilitar o cotidiano do trabalho dos conselheiros de saúde. Outro estudo necessário é analisar ações de educação permanente para o controle social no SUS na compreensão do orçamento no SUS como um campo de disputa e engajamento necessário dos conselheiros e da população em geral.

Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, A. P. S. **Decreto normativo com efeito antidemocrático**: Análise do decreto presidencial 9.759/2019 que determinou a extinção de colegiados da administração pública federal e o julgamento da ação direta de inconstitucionalidade 6121. 2023. 1 recurso online (63 p.). Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/26603>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Pela revogação dos artigos do decreto presidencial 11.392/2023 que criam o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas. **Posicionamento ABRASCO**. Rio de Janeiro. 25 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://abrasco.org.br/decreto-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 09 dez. 2023.
- ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Campinas : São Paulo: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região ; Editora Hucitec, 2006.
- ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, p. 63–73, 2003.
- ALMEIDA, M. F. L.; ROSA, W. M. A erosão da participação social institucionalizada em tempos de crise da democracia liberal: a reformulação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Revista DES - Direito, Estado e Sociedade**, [S.l.], v. 14, n. 2, 2023. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1367/661>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- BAHIA, L. In: SANTOS, J. V. Um SUS de primeira classe deve ser a luta de todos. Conferência com Lígia Bahia. **Centro Feminista de Estudos e Assessoria**. 13 de julho de 2023. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/?view=article&id=7282:um-sus-de-primeira-classe-deve-ser-a-luta-de-todos-conferencia-com-ligia-bahia&catid=576:saude>. Acesso em: 08 dez. 2023.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. [s.l.] Editora Ática, 2002.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68–80, 1 jan. 2005.
- BORGES, S. Emendas para comunidades terapêuticas crescem mesmo sem resultado atestado. **Uol Notícias**. São Paulo. 26 de julho de 2023. Política. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/25/emendas-parlamentares-comunidades-terapeuticas.htm>. Acesso em: 8 dez. 2023.
- BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13–26, 2 set. 2021.

BRANDAO, H. H. N. **Introdução a Análise Do Discurso**. [s.l.] Editora da Unicamp, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL Casa Civil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, 2000. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.

BRASIL. Casa Civil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, 2012. Disponível em:
 <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>>. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário - DigiSUS gestor**: módulo planejamento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 62 p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_usuario_digisus_gestao.pdf. Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 406, DE 8 DE MARÇO DE 2012. Institui a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e redefine o fluxo para a gestão das informações estratégicas no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da

União, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Decreto n. 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mai. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/D8243impresao.htm. Acesso em: 05 mai. 2023.

BRASIL. Decreto n. 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Diário Oficial da União, Brasília, edição extra, p. 5, 11 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 05 mai. 2023.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Exposição de motivos n. 19/CC/PR**, de 11 de abril de 2019. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Exm/Exm-Dec-9759-19.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Novo arcabouço fiscal é um avanço, mas não pode ser permanente, avaliam economistas em seminário da Cofin. **Ascom-CNS**. Publicado em: 18 de abril de 2023, 18h21min. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2968-novo-arcabouco-fiscal-e-um-avanco-mas-nao-pode-ser-permanente-avaliam-economistas-em-seminario-da-cofin>. Acesso em: 08 dez. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº1.133** de 16 de agosto de 2023. Brasília: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.133-de-16-de-agosto-de-2023-504246746>. Acesso em: 8 dez. 2023

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação 001** de 26 de janeiro de 2023. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. Brasília: CNS, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. Senado. Impeachment de Dilma Rousseff marca ano de 2016 no Congresso e no Brasil. **Senado Notícias**, Brasília, 28 jan. 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/28/impeachment-de-dilma-rousseff-marca-ano-de-2016-no-congresso-e-no-brasil>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Relatório acusa governo federal de atraso na compra de vacinas e de negociações ilícitas no caso Covaxin. **Senado Federal**. 22 de outubro de 2021.

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/22/relatorio-acusa-governo-federal-de-atraso-na-compra-de-vacinas-e-de-negociacoes-ilicitas-no-caso-covaxin>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: MANUAL DO RELATÓRIO RESUMIDO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - RREO/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. —DESID – 1. ed.— Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/implicacoes-legais/como-declarar-manuais/arquivos/2014/manual-do-rreo-com-codigo-das-contas.pdf>. Acesso em 07 dez. 2023.

BRITO, G. A Saúde volta à mira da “racionalidade neoliberal”. **Outra Saúde**. 20 de setembro de 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-saude-volta-a-mira-da-racionalidade-neoliberal/>. Acesso em: 08 dez. 2023.

CALÇADA, L. A. Z.; RECK, J. R. Democracia e Participação Social no Ciclo das Políticas Públicas. **Revista Jurídica Cesumar**, [S.l.], v. 20, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_bibliotec/a/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2021_Periodicos/Rev-Jur-CESUMAR_v.20_n.3.pdf#page=85. DOI: 10.17765/2176-9184.2020v20n3p425-443. Acesso em: 05 mai. 2023.

CALDEIRA, C. Elogios e críticas à proposta do novo “arcabouço fiscal”. **Jornal da USP**. São Paulo. 31 de março de 2023. Atualidades. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/elogios-e-criticas-a-proposta-do-novo-arcabouco-fiscal/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

CAMPO, A. A.; DELANOY, C. P. Análise de discurso enquanto teoria-metodológica para estudos em Comunicação: possibilidades e deslocamentos de olhares sob sujeitos, enunciados e contextos. **Intexto**, Porto Alegre, UFRGS, n. 47, p. 251-267, set./dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19132/1807-8583201947.251-267>. Acesso em: 20 nov. de 2023.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, dez. 2006.

CARVALHO, A. I. DE. **Conselhos de saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE : IBAM, 1995.

CARVALHO, A. I. DE. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. Em: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, A. L. B. D. et al. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 211–222, jan. 2020.

CARVALHO, G. DE C. M. DE. **Participação da comunidade na saúde**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2014.

CAZELLI, V. R.; FABRIZ, D. C.; C., F. R. Participação social nas políticas públicas e a revogação do decreto federal nº 8.243/2014. **Revista Parajás**, [S.l.], v. 4, n. 2, 2021. Disponível em: <http://www.revista.institutoparajas.org/index.php/parajas/article/view/142/124>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CEPRO. **Plano de Desenvolvimento Econômico Sustentável do Estado do Piauí**. São Paulo. Diagonal Transformação de Territórios, 2014. Disponível em: <http://www.cepro.pi.gov.br/>.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de Análise do Discurso**. São Paulo: Contexto, 2004. 500p.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Ao longo de 2020 e 2021, Comitê do CNS para Acompanhamento à Covid-19 apontou ações para gestão da Saúde**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2262-ao-longo-de-2020-e-2021-comite-do-cns-para-acompanhamento-a-covid-19-apontou-acoes-para-gestao-da-saude>>. Acesso em: 23 set. 2023.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **O protagonismo da participação social no SUS faz a diferença contra a Covid-19**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2201-o-protagonismo-da-participacao-social-no-sus-faz-a-diferenca-contr-a-covid-19-diz-maria-almiron-da-opas>>. Acesso em: 23 set. 2023.

CODEVASF. Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba. **Plano de Ação para o Desenvolvimento Integrado da Bacia do Parnaíba, PLANAP: síntese executiva: Território da Planície Litorânea**. Brasília (DF): TDA Desenhos & Arte Ltda, 2006. Disponível em: https://www.codevasf.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/biblioteca-geraldo-rocha/publicacoes/arquivos/livro_01.pdf

COELHO, V. S. P.; MARCONDES, L. M.; BARBOSA, M. Accountability e redução das desigualdades em saúde: A experiência de São Paulo. **Novos Estudos - CEBRAP**, v. 38, n. 2, p. 323–349, ago. 2019.

COSTA, H. R. DA. **SAUSSURE E OS ESTUDOS LINGÜÍSTICOS NO SÉCULO XX: LINGÜÍSTICA APLICADA**. Anais do SILEL, 2009. Disponível em: http://www.ileel.ufu.br/anaisdosilel/wp-content/uploads/2014/04/silel2009_gt_lg07_artigo_5.pdf. Acesso em: 30 set. 2023

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. E-book. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37582> Acesso em: 20 mai. 2023.

CUNHA-FILHO, M. C.; GUIMARÃES-FILHO, P. A. C. Por que temer o povo? O debate sobre o Sistema Nacional de Participação Social (Decreto n. 8243/14). *Revista Direito & Práxis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 104-133, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/download/14238/14036>. Acesso em: 19 mai. 2023.

DAVID, G. Política Fiscal e Direitos humanos: uma análise a partir dos acordos internacionais. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; LUIZA, A. **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. Disponível em: <https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2019/09/Economia-para-Poucos.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

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, 21 jul. 2017.

ÉBOLI, E. **Governos do PT criaram mais conselhos populares**. O Globo, 16 jun. 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/governos-do-pt-criaram-mais-conselhos-populares-12874740>. Acesso em: 27 mai. 2023.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. **Participação Social**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 855-885. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

ESPERIDIÃO, M. A. **Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde**. In: Paim, J.S.P; Almeida, S. F. Saúde Coletiva. Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 245-259.

FERLA, A. A. et al. **O Conselho Nacional de Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19: a arte como resistência e valorização da vida**. [s.l.] Editora Rede Unida, 2022.

FERNANDES, F. Constituição – Continuidade ou ruptura? **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 1987, 20 abril 1987. Tendências/Debates, p. A3. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/112176/1987_16%20a%2023%20de%20Abril_061.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 20 nov. 2023.

FERNANDES, F. A constituição de 1988. **Folha de São Paulo**. São Paulo, ano 1988, 4 outubro 1988. Tendências/Debates, p. A3. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/119631/01_04%20OUT88%20-%200063.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 20 nov. 2023.

FLORÊNCIO, E. M. G. **Análise do Discurso: Fundamentos e Práticas**. Sergipe: Edufal, 2022.

FONSECA, I. F. AVELINO, D. P., POMPEU, J. C. B., ALENCAR, J. L. O., PIRES, R. R., SILVA, S. P. **A trajetória da Participação Social no Governo Federal: uma leitura a partir da produção bibliográfica do IPEA (2010-2020)**. Boletim de

Análise Política-Institucional, [S.l.], n. 29, p. 89-96, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10639>. Acesso em: 02 jun. 2023.

FUNCIA, F.R. A Saúde volta à mira da “racionalidade neoliberal”. Entrevista para Gabriel Brito. **Outra Saúde**. 20 de setembro de 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-saude-volta-a-mira-da-racionalidade-neoliberal/>. Acesso em: 08 dez. 2023.

GALVANI, G. Lula critica reforma trabalhista após PT prometer revogação. **CNN Brasil**. São Paulo. 14 de abril de 2022. Eleições 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/lula-critica-reforma-trabalhista-apos-pt-prometer-revogacao/>. Acesso em: 8 dez. 2023

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas** - Teoria e Prática no Brasil. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

GONÇALVES, A. DE O. TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO NÍVEL ESTADUAL PARA ENFRENTAR A PANDEMIA COVID-19. In: **Competências E Regras**. Covid-19. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2021.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, [S.l.], v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 20 mar. 2023.

HILLESHEIM, M. C. P.; OLIVEIRA, G. S. DE; PAIVA, A. B. DE. Algumas considerações teóricas acerca da análise do discurso e abordagem do procedimento metodológico necessário à realização da análise discursiva. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 48, 17 out. 2021.

IBGE. **IBGE | Cidades@ | Piauí | Cajueiro da Praia | Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/cajueiro-da-praia/panorama>. Acesso em: 30 set. 2023.

JUNGLOS, C. AMADIGI, F. R., MACHADO, R. R., SORATO, J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003.

LEANDRO-FERREIRA, M. C. **Glossário de termos do discurso**. Porto Alegre: UFRGS/Instituto de Letras, 2001.

LEMES ROJAS, F. L.; KEHRIG, R. T.; LEITÃO BIATO, E. C.; DOS SANTOS, N. C. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de

saúde/ Permanent education in health: the rethinking about the construction of health practices/ Educación permanente en salud: el repensar sobre la construcción de las... **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 310–330, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3730>. Acesso em: 4 nov. 2022.

LIMA, D. F. D.; LIMA, L. A. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1168–1176, dez. 2017.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. Em: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. [s.l.] EPSJV, 2007.

MACHADO, Rebeca Guerreiro. Possibilidades de Fortalecimento da Gestão Fiscal no Pacto Federativo Brasileiro atual. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6285/1/REBECA%20GUERREIRO%20MACHADO.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

MANZINI, E. J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizators. Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel; 2003. p.11-25.

MARIANI, B. **O comunismo imaginário: práticas discursivas da imprensa sobre o PCB (1922-1989)**. Doutor em Linguística—Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 5 dez. 1996.

MARQUES, A. C. Da relação à estrutura: a influência do pensamento saussuriano em meados do século XX. **Domínios de Linguagem**, v. 9, n. 5, p. 231–246, 31 dez. 2015.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em: **Políticas De Saúde: A Organização E a Operacionalização Do Sistema Único De Saúde**. Educação Profissional E Docencia Em Saúde: A Formação E O Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde. [s.l.] Epsjv - Fiocruz, 2007.

MATTOSO, C. L. de Q. CLASSES SOCIAIS E O COMPORTAMENTO DAS CLASSES C E D: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO. **Revista de Ciências Humanas**, [S. l.], v. 2, n. 4, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/3818>. Acesso em: 8 dez. 2023.

MENEZES, Raquel Alves. A atuação das ouvidorias públicas federais como instâncias de controle e participação social no Brasil. Texto para discussão nº 2286. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7715/1/td_2286.pdf. Acesso em: 25 mai. 2023.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, [S.l.], v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300006>. Acesso em: 25 mai. 2023.

MINAYO, M. C. DE S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONCAU, G. Financiamento público às Comunidades Terapêuticas cresce e põe em risco a reforma psiquiátrica. **Brasil de Fato**. São Paulo, 18 março de 2022. Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/18/financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas-cresce-e-poe-em-risco-a-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 08 dez. 2023.

MONTALVÃO, T. R. **O controle social e a participação na Política de Assistência Social** – um estudo no Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Goiânia, 2016. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3489>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MORAES, I. H. S. D. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 879–888, jun. 2009.

MUNIZ, M. Haddad anuncia arcabouço fiscal e nega criação de impostos para cumprir novas regras. **CUT**. 30 de março de 2023. Notícias. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/haddad-anuncia-arcabouco-fiscal-e-nega-criacao-de-impostos-para-cumprir-novas-re-4e79>. Acesso em: 8 dez. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R., Campos G. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. Em: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

OPAS. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>>. Acesso em: 30 set. 2023.

OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 30 set. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19. 2021**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ORLANDI, E. P. **A questão do assujeitamento: um caso de determinação histórica**. Disponível em:

<https://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=26&id=296>.

Acesso em: 23 set. 2023.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso : princípios & procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2012.

ORLANDI, E. P. Michel Pêcheux e a Análise de Discurso (Michel Pêcheux et l'Analyse de Discours). **Estudos da Língua(gem)**, v. 1, n. 1, p. 9, 1 jun. 2005.

PASSOS, S. D. S.; LUPATINI, M. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 23, n. 1, p. 132–142, abr. 2020.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PATRIOLINO, L. Veja quem são os representantes do povo brasileiro que subiram a rampa com Lula. **Correio Braziliense**. Brasília. 1º de Janeiro de 2023. Política. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2023/01/5063027-veja-quem-sao-os-representantes-do-povo-brasileiro-que-subiram-a-rampa-com-lula.html>. Acesso em: 08 dez. 2023.

PÊCHEUX, M. **Semantica E Discurso - Uma Crítica a Afirmação do Óbvio**. [s.l.] Editora da Unicamp, 1996.

PERALTA, J.A.G.; PERUZZO, N.A.; BOTH, V. **Direito Humano à saúde e educação popular: experiência de Passo Fundo**. Passo Fundo: Berthier, 2012.

PIOVESAN, E. Câmara conclui votação do arcabouço fiscal e preserva Fundeb e FCDF. **Agência Câmara de Notícias**. Brasília. 22 de agosto de 2023. Política e Administração Pública. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/989991-CAMARA-CONCLUI-VOTACAO-DO-ARCABOUCO-FISCAL-E-PRESERVA-FUNDEB-E-FCDF>. Acesso em: 08 dez. 2023

RAMOS, M. M. F. Democracia e Controle Social no Brasil. Monografia. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2021.

REGO, J. M. A. N. **Dos sertões aos mares: história do comércio e dos comerciantes de Parnaíba (1700-1950)**. 2010. 290 f. Tese (Doutorado em História Social) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1279.pdf> Acesso em: 15 abril 2023.

RYDLEWSKI, C. Arcabouço de Haddad mantém “pulo-do-gato” de correção de Guedes. **Metrópoles**. São Paulo, 2023, 19 de abril de 2023, 8h. Negócios. Disponível em: <https://www.metropoles.com/negocios/arcabouco-de-haddad-mantem-pulo-do-gato-de-correcao-de-guedes>. Acesso em: 08 dez. 2023.

ROCHA, T. L.; SILVA, G. P.; OLIVEIRA, G. S. Metodologia de pesquisa científica: análise do discurso - conceitos e possibilidades. **Cadernos da Fucamp**, v.21, n.53, 2022. p.215-225.

RODRIGUES, R. DA S. V. Saussure e a definição da língua como objeto de estudos. **ReVEL**, Edição especial. p. 25, 2008.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012.

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. C. Sistema Único de Saúde: Marcos históricos e legais dessa Política Pública de Saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, [S.l.], v. 7, n. 5, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SANTOS, J. V. Um SUS de primeira classe deve ser a luta de todos. Conferência com Lígia Bahia. **Centro Feminista de Estudos e Assessoria**. 13 de julho de 2023. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/?view=article&id=7282:um-sus-de-primeira-classe-deve-ser-a-luta-de-todos-conferencia-com-ligia-bahia&catid=576:saude>. Acesso em: 08 dez. 2023.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. A Saúde não pode mais perder recursos federais. **Domingueira da saúde**. Domingueira nº 27 de agosto de 2023. Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-27-agosto-2023?lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019 a 2022**, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PI.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2275–2284, ago. 2013.

SILBER, S. Elogios e críticas à proposta do novo “arcabouço fiscal”. **Jornal da USP**. São Paulo. 31 de março de 2023. Atualidades. Rádio USP. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/elogios-e-criticas-a-proposta-do-novo-arcabouco-fiscal/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

SILVA, J. C. D.; ARAÚJO, A. D. D. metodologia de pesquisa em Análise do Discurso. **Grau Zero – Revista de Crítica Cultural**, v. 5, n. 1, p. 17–31, 12 abr. 2017.

SILVA, L. I. L. Lula diz que não terá teto de gastos como lei caso volte ao governo. **CNN Brasil**. São Paulo. CNN 360º. 5 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KJ9ZQASIDSJ>. Acesso em: 8 dez. 2023

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Censur, 2014.

SOUZA, M. F.; FERREIRA, T. F.; OLIVEIRA, R. D. Crise do capital e os desafios para o controle social na saúde. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, [S.l.], v. 5, n. 8, 2019. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8876>. Acesso em: 03 jun. 2023.

SOUZA, L. E. P. F. DE . et al.. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, ago. 2019.

SPOSATI, A. O. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Intervenção Social**, n. 17/18, p. 197–225, 1998.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, maio 2020.

TOMAZELLI, I. Arcabouço cria impasse de R\$ 6 bi com a saúde. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 16 de Agosto de 2023. Economia. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/08/avanco-do-arcabouco-fiscal-cria-impasse-sobre-piso-de-gastos-com-saude-em-2023.shtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

TRIBOLLI, P. Lei do arcabouço fiscal é sancionada; novo regime substitui o teto de gastos públicos. **Agência Câmara de Notícias**. 31 de Agosto de 2023. Economia. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/993734-lei-do-arcabouco-fiscal-e-sancionada-novo-regime-substitui-o-teto-de-gastos-publicos/>. Acesso em: 08 dez. 2023.

VALLA, V. V. **Participação popular e saúde**: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V. e STOTZ E. N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p 55-86

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular e saúde**. Série Saúde e Educação. Petrópolis: Centro de Defesa de Direitos Humanos; Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. 1989, 39 p.

WANG, H. et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. **The Lancet**, v. 399, n. 10334, p. 1513–1536, abr. 2022.

APÊNDICE I

Roteiro de entrevista semiestruturada para os Conselheiros:

Participação social e controle social

1. Há quanto tempo você atua ou atuou no Conselho Municipal de Saúde (CMS)?
2. O que orienta seu trabalho enquanto conselheiro? O que você utiliza no dia a dia para orientar o seu trabalho? Quais são as normas, leis, diretrizes, resoluções e regimento que você utiliza?
3. O que te motivou a ser conselheiro de saúde?

Organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde

4. Quais comissões existem ou existiam no Conselho que você saiba? Você faz ou fazia parte de alguma Comissão? Se sim, qual?
5. Como você analisa a relação que o CMS tem com a gestão municipal? Seria de mais autonomia ou de submissão em termos de orientação política e de atuação?
6. Você acha o Conselho de Saúde um espaço democrático? Por quê?
7. Qual a sua percepção sobre a participação dos conselheiros e a atuação do CMS?

Participação do Conselho na elaboração do plano municipal de Saúde

8. Como são ou eram as discussões/debates sobre a análise do balancete de prestação de contas públicas no CMS?
9. Você já participou da discussão do Relatório Anual de Gestão (RAG)? Se não, você já soube se ele foi apreciado no conselho?
10. A gestão municipal entregava/entrega no prazo o RAG?
11. A gestão municipal e o conselho de saúde trabalharam juntos na construção do plano municipal de saúde?

Participação do conselho nas ações de monitoramento e avaliação das ações de saúde

12. Durante o período em que você esteve ou está no Conselho, quais políticas de saúde você acompanhou e colaborou para implementar e implantar?

13. Os conselheiros já realizaram algum acompanhamento dos gastos públicos com a saúde?
14. Se sim, como foi? Utilizaram portais, sites, sistemas para fazer esse acompanhamento?
15. Se sim, com qual frequência você acompanha esses portais, sites, sistemas?
16. Como você entrou em contato com esses sites, portais, sistemas?
17. Como você atuou no conselho no período da pandemia?
18. Como você percebeu a atuação do conselho de saúde durante a pandemia? Aconteceu acompanhamento e fiscalização pela comissão em relação às ações de saúde?

Muito obrigada pela atenção e disponibilidade!