Série Participação Social e Políticas Públicas

editora redeunida

Participação social em saúde e Covid-19:

análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil

ORGANIZADORES

Henrique Kujawa
Frederico Viana Machado
Rodrigo Silveira Pinto

FORMAÇÃO
para o controle social no SUS - 2ª edição

Conselho Nacional de Saúde

CEAP Centro de Educação e Assessoramento Popular

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde Américas

SUS

ORGANIZADORES

Henrique Kujawa
Frederico Viana Machado
Rodrigo Silveira Pinto

Série Participação Social e Políticas Públicas

Participação social em saúde e Covid-19:

análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil

1ª Edição
Porto Alegre
2024

editora
redeunida

Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**
Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão
Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P273

Participação social em saúde e Covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil/ Organizadores: Henrique Kujawa, Frederico Viana Machado e Rodrigo Silveira Pinto– 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

339 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas, v.14).

E-book: 6.70 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-031-4

DOI: 10.18310/9786554620314

1. COVID-19. 2. Participação Social. 3. Conselhos de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 540

CDU 614.29

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora

redeunida

Em 2017, o Centro de Educação e Assessoramento Popular iniciou uma experiência formativa para o controle social no SUS, em parceria com o Conselho Nacional da Saúde e financiada pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil. Essa experiência reafirmou a importância de processos formativos para qualificar o controle social e as lideranças sociais na luta pelo direito à saúde no Brasil. Em 2019, a parceria foi renovada com o projeto "Formação para o controle social no SUS - 2ª edição", que incluiu oficinas formativas, seminários estaduais, cursos de ferramentas participativas, a pesquisa "Impacto da Covid-19 no Controle Social no SUS" e a sistematização de práticas metodológicas de formação em ambiente virtual.

Na segunda edição da pesquisa, os Conselhos Estaduais de Saúde ganharam uma atenção especial. Os Conselhos Estaduais de Saúde têm como objetivo principal promover a participação da população na formulação e no controle das políticas de saúde, garantindo decisões transparentes e democráticas. A pandemia de Covid-19 trouxe desafios significativos, como o isolamento social, que exigiu a busca por alternativas e inovações. As tecnologias digitais se tornaram ferramentas essenciais para a continuidade das atividades dos conselhos, com reuniões virtuais, consultas públicas online e o uso de plataformas virtuais e redes sociais.

Este livro reúne esforços de pesquisa e análise de dezenas de pesquisadores e educadores populares que enfrentaram o desafio de manter a participação e o controle social durante a pandemia.

Esperamos fornecer insights valiosos para gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e todos os interessados na construção de sistemas de saúde mais democráticos, inclusivos e resilientes. A participação social é essencial para enfrentar os desafios contemporâneos em saúde, e este livro visa promover o debate para aprimorar nossos modelos de participação e fortalecer a saúde pública em meio a crises e incertezas. Além este livro, vários materiais deste projeto estão disponíveis no site www.ceap-rs.org.br.

SOBRE O CEAP

O Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) é uma organização da sociedade civil, não-governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a Educação Popular como elemento central da sua atuação. Fundado em 1987 e sediado em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, tem como missão a "Defesa e promoção da democracia e dos direitos humanos, fortalecendo os sujeitos sociais populares e seus processos a partir da Educação Popular". Sua ação estratégica centra-se na formação político-pedagógica, na produção e sistematização de conhecimentos para e com sujeitos sociais populares, principalmente no tema do direito humano à saúde.

CEAP
Centro de Educação
e Assessoramento
Popular

Prefacio

Dr. Pablo Anzalone

La publicación de este libro es un hecho a valorar y celebrar en actual coyuntura internacional y regional. La participación social es una de las cuestiones principales en el campo de la salud hoy. Una muestra de ello es el Manual denominado *Voz, agencia, empoderamiento - Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal,* presentado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022. Allí junto a conceptos generales se relatan investigaciones sobre procesos participativos en salud en Francia, India, Madagascar, Portugal, Tailandia, Tunez, Mexico, Burkina Faso e Irán (lamentablemente las experiencias sudamericanas no fueron recogidas aquí). En el mismo sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) ha planteado la participación social como una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública y convocado a diversas instancias de conversación al respecto. En el planteo de OMS un espacio participativo es una herramienta para reducir las asimetrías de poder en el proceso de adopción de decisiones. El empoderamiento de organizaciones y comunidades pasa por la creación de capacidades en la participación social en el campo de la salud.

Un viejo principio consagrado en la Conferencia de Alma Ata sobre "el derecho y el deber de los pueblos a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud" vuelve a ser jerarquizado en esta nueva etapa tan llena de riesgos e incertidumbres.

Vivimos un serie de crisis superpuestas en distintas dimensiones, crisis sanitaria y grave crisis ambiental, crisis económica y social, aumento del hambre, de las guerras, crisis política con debilitamiento de las democracias, fortalecimiento de las ultraderechas, retorno a las lógicas de la guerra fría y vaciamiento de los organismos internacionales de gobernanza, En el campo de la salud asistimos a una contradicción muy fuerte entre paradigmas sanitarios basados en el lucro y en el

control de las personas por un lado y el ejercicio de los derechos por otro. Las lógicas de mercado, las de disciplinamiento y las de emancipación disputan la hegemonía en condiciones desiguales. No hay procesos lineales sino llenos de contradicciones, con elementos nuevos que surgen e impactan, avances y retrocesos. No existe un saldo único e inamovible sino correlaciones de fuerza que van variando. Por eso importan mucho las acciones colectivas que una y otra vez vuelven a levantar la lucha por mas igualdad y mayor justicia. Investigarlas, difundirlas, aprender de ellas es una forma de aportar a ese rumbo para la humanidad.

Existen, sin duda, determinaciones estructurales pero lejos de ser mandatos unívocos presentan contradicciones que abren un campo de prácticas donde los pueblos tienen mucho para avanzar, defender, crear y transformar. La salud es un espacio donde se condensan esas contradicciones.

Queremos destacar especialmente la labor que sustenta este libro y el producto que hoy nos ofrece. Las tres áreas de trabajo del libro son muy relevantes para la experiencia brasileña pero también son aportes muy valiosos para todos quienes en América Latina y en el mundo investigan, piensan y luchan desde la participación social como una clave de avance en salud. La investigación sobre el accionar de los Consejos Estaduales de Salud en la pandemia, las estrategias de educación popular y el relevamiento del estado actual de las publicaciones sobre la participación social abarcan un abanico de cuestiones de enorme importancia actual.

La actuación de los Consejos Estaduales de Salud durante la pandemia es un elemento muy significativo a investigar por varias razones. La pandemia del covid-19 fue una crisis multidimensional que confrontó a los sistemas de salud mostrando sus debilidades y fortalezas, poniendo en evidencia las profundas desigualdades y vulnerabilidades existentes. Algunos actores promovieron el negacionismo, la subestimación y la irresponsabilidad institucional. Para algunos la salud pública pudo reducirse a un problema de responsabilidad individual. Otros operaron desde lógicas centralizadoras donde la autoridad del Estado se impuso sobre las personas y los colectivos con mensajes unilaterales de pasividad, parálisis, obediencia y aislamiento, con estrategias que no tenían

en cuenta las condiciones concretas de la vida de las personas, ni su voz propia. Las desigualdades por razones de clase, étnicas, género y territorios se reprodujeron y acrecentaron por las formas de abordar la crisis. Se confundió el distanciamiento físico para prevenir los contagios con el distanciamiento social, que es un factor claramente negativo para la salud. Algunos enfoques plantearon la situación como una guerra contra el virus, pero la imagen bélica distorsiona el pensamiento en salud y oculta los problemas existentes en los vínculos entre las sociedades humanas y la naturaleza. Hubo miradas que redujeron el problema a lo biológico y desestimaron las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas de la crisis. Para algunos se trataba de aumentar la cantidad de Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) para atender a las situaciones mas graves de la enfermedad, debilitando el primer nivel de atención y las políticas territoriales, dejando de lado todos los demás problemas, la salud mental, la malnutrición, la afectación de los vínculos. Desaparecieon programas de prevención y promoción, cuyas consecuencias se están viendo posteriormente. Para muchas autoridades la participación social era un estorbo, un obstáculo para enfrentar la pandemia y cerraron los espacios de su desarrollo, con mayores tendencias al autoritarismo.

Por eso construir una respuesta integral donde la participación social es un factor fundamental, una estrategia donde las comunidades y los territorios sean protagonistas es un fenómeno complejo, difícil, y, a la vez, realmente sustancial para las políticas de salud. La experiencia de los Consejos Estaduales de Salud en esta crisis mostró ese esfuerzo y las fortalezas acumuladas por el pueblo brasileño a través del Sistema Único de Salud (SUS), como bien se expresa en el presente libro.

Más en general podemos decir que los desafíos complejos que enfrenta la salud requieren aprender de las experiencias de resistencia, de transformación, de las alternativas a los modelos hegemónicos, investigando, produciendo nuevos conocimientos, formando y actuando con una praxis que combine teorías y prácticas.

En ese sentido la educación popular con inspiración freiriana que se reivindica en este libro es un marco teórico robusto para enriquecer las políticas de salud tanto en la investigación, la formación y la acción comunitaria.

De ahí la pertinencia de otro de los grandes ejes del presente libro que son las estrategias de educación popular en el espacio virtual. La pandemia impuso la generalización de mecanismos virtuales de comunicación e intercambio, que operaron con grandes desigualdades de acceso y sin la formación adecuada de los actores para su utilización. Mas allá de la coyuntura pandémica hay una revolución tecnológica en materia de comunicación que impacta en el plano educativo y en el plano sanitario, y con mas razones en su articulación. Los mecanismos y los formatos educativos requieren un análisis crítico que permita innovar sin perder de vista los objetivos propios y las connotaciones que cada metodología entraña. Ni el rechazo a la innovación en este plano ni la aceptación acrítica son opciones buenas para la educación popular y la participación social. Por eso la búsqueda de soluciones hibridas combinando actividades presenciales y virtuales, puede fortalecer la participación social en salud. El libro avanza propuestas interesantes y coloca debates valiosos en esta dirección.

Desde una mirada que excede las fronteras de Brasil merece un reconocimiento la labor del equipo del Laboratorio de Innovación en Participación Social porque estamos convencidos que compartir experiencias, intercambiar a partir de ellas, reflexionar y sistematizar, son fuentes fundamentales de aprendizajes colectivos. Una gran parte de los avances teóricos se apoyan en este tipo de prácticas, rompiendo la invisibilidad y la compartimentación, enriqueciendo los debates conceptuales. Como se dice bien en varios de los trabajos no se trata solo de experiencias locales, sino que el accionar del Consejo Nacional de Salud fue muy significativo para informar, articular y desarrollar la participación social en este difícil contexto y para investigar sobre la misma. Los análisis de la literatura sobre participación social en salud abren un panorama amplio de reflexiones sobre las respuestas en distintos países, que dan pie a mayores investigaciones y debates. Sabiendo que las revistas arbitradas son una de las puntas de un iceberg que tiene muchos otros saberes y preocupaciones.

Surgen del texto debates ferméntales. En un mundo donde los Estados se subordinan muchas veces a las leyes del mercado y a los poderes fácticos

no puede minimizarse la idea fuerza del "control social" como complemento imprescindible de la rectoría de la autoridad sanitaria y como eje de una gobernanza democratizadora. Sin embargo, nos parece muy compartible la observación expresada en el libro de que la participación social no puede ser reducida a controlar los servicios de salud ni la labor del Estado. La participación social tiene un rol fundamental en la profundización de los diagnósticos y en la elaboración de soluciones, que requieren de ese protagonismo para ponerse en práctica. Los componentes culturales y subjetivos, los valores ideológicos, que sustentan y le dan sentido a las políticas democratizadoras surgen o se afianzan enraizados en las acciones, en la participación social empoderada para el ejercicio de derechos.

El dialogo entre pedagogías y participación, entre educación popular y participación social en salud tiene muchos nudos compartidos y la formación permanente de los actores sociales es uno de los más importantes.

Hay corrientes de pensamiento que alertan frente a la sujeción de los movimientos sociales al Estado, a la limitación de su accionar a los mecanismos instituidos de representación. No es una alerta a desestimar en ningún campo y tampoco en la salud. Las críticas a la burocratización que se mencionan en alguno de los trabajos señalan ese tipo de problemas. Sin embargo, compartimos plenamente que la ausencia de espacios institucionales adecuados puede conducir a formas de expresión social que se desmovilicen en tiempos breves, o que enfrenten muchas dificultades para lograr una incidencia mayor en las políticas públicas. Mas que contraponer unas y otras formas de participación, es interesante aprender de las articulaciones posibles entre ambas. En el caso de los Consejos de Salud en el SUS es muy importante el señalamiento que se hace en el texto sobre su persistencia y resiliencia (incluso resistiendo ataques del Gobierno Nacional) apoyados en las garantías legales conquistadas y el accionar de los movimientos sociales organizados.

Los contextos latinoamericanos muestran sociedades profundamente desiguales, marcadas desde la historia por el esclavismo, el racismo, el largo predominio de los autoritarismos (incluyendo el terrorismo de estado en los

años 70), la debilidad y mutilación de las democracias posteriores. No son sólo fenómenos que quedaron en el pasado sino huellas profundas en las estructuras sociales del continente. En el siglo XXI las experiencias progresistas abrieron períodos heterogéneos de avance social, disminución de la pobreza, conquista de derechos que coexistieron con la subsistencia de enclaves autoritarios y con debilidades en los procesos de cambio. El escenario de retrocesos posterior con el triunfo de alternativas reaccionarias en varios países no significó la entronización a mediano y largo plazo de sistemas autoritarios y desiguales, pero afectó duramente la protección social y la democracia en la región. Las fuerzas democráticas y populares fueron capaces en casi toda América Latina de recuperarse, resistir y abrir nuevas oportunidades. Aprender de los errores y las limitaciones anteriores para acrecentar la capacidad creativa de las sociedades con valores de justicia, libertad y solidaridad es un enorme desafío.

El nudo central de la participación social es democratizar profundamente la sociedad, sus estructuras y prácticas. Las estructuras, es decir, los sistemas de relaciones establecidos que fijan los marcos en los cuales los diferentes actores desarrollan sus prácticas deben ser consideradas para su transformación en un sentido democratizador. Al mismo tiempo está claro que no alcanza con la institucionalidad que surge de normativas si no hay prácticas sociales que les den sentido para las personas, que utilicen las posibilidades que ofrecen a los sectores populares y que promuevan la profundización de sus transformaciones estructurales. Empoderar a los sectores populares (en el sentido de ampliar su poder) es una clave para esos procesos. La democratización profunda, integral y amplia es el objetivo final de una sociedad que supere las crisis actuales, pero también es un camino para ir dando pasos concretos hacia el ejercicio efectivo de los derechos en el campo de la salud.

Agradezco especialmente la invitación a redactar este prologo. Es un honor para mí. Tengo una gran admiración por el proceso de construcción del SUS desde que lo conozco hace ya muchos años. Esa dinámica de conferencias, de debates organizados desde la base, es una enorme fortaleza para las políticas de salud, para acumular fuerzas e ideas y para poder transformar la realidad.

Todos los diseños institucionales son perfectibles y siempre hay distancias entre las normas y las practicas efectivas. Está claro que la organización desde los municipios, los estados y a nivel nacional, con ciclos de debates periódicos, en un país como Brasil es un enorme y sostenido esfuerzo de miles de mujeres y hombres comprometidos con la salud como un bien común y un derecho humano. Gracias por ayudarnos a aprender de esos procesos.

Sumário

Introdução: Participação Social em Saúde e covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil 17
Henrique Kujawa, Frederico Viana Machado, Rodrigo Silveira Pinto

Abordagens e métodos da pesquisa pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS 24
Rodrigo Silveira Pinto, Frederico Viana Machado, Henrique Kujawa

Relato de experiência formativa para o Controle Social no SUS: Projeto Participa Mais 45
Nara Aparecida Peruzzo, Valdevir Both, Henrique Kujawa

Desafios para o futuro das experiências híbridas populares..... 70
Fábio André Diniz Merladet

Educação Permanente para o controle social no SUS: a política, a dinâmica e as experiências dos Conselhos Estaduais de Saúde..... 98
Tânia Regina Krüger

Instrumentos de gestão do SUS na pauta dos Conselhos Estaduais de Saúde 140
Tânia Regina Krüger

Mapeamento da composição, estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil 172
Clarete Teresinha Nespolo de David, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Henrique Kujawa

Conselhos Estaduais de Saúde no exercício do controle social durante a pandemia de covid-19 201
Clarete Teresinha Nespolo de David, Tatiane da Rosa Vasconcelos

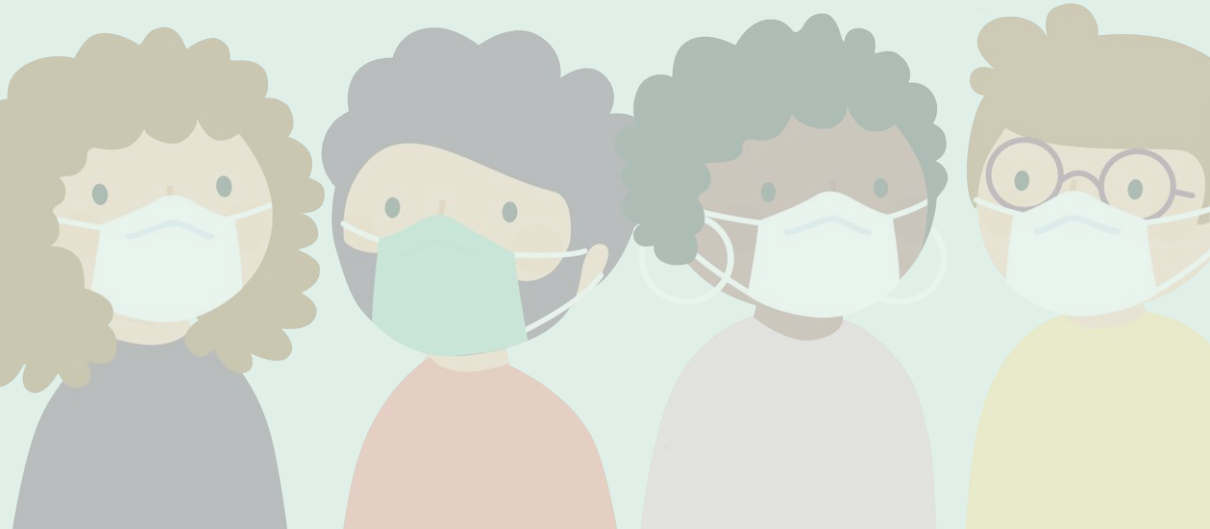
Incidência política e ações dos Conselhos Estaduais de Saúde na defesa do SUS e do controle social..... 231
Clarete Teresinha Nespolo de David, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Henrique Kujawa

O que dizem os estudos sobre participação em Saúde nas Américas? Hierarquias, organização e desenvolvimento de um campo de pesquisa..... 257
Frederico Viana Machado, Carla Michele Rech, Rodrigo Silveira Pinto, Henrique Kujawa

A trajetória da literatura acadêmica sobre participação e saúde no Brasil e nos EUA 283
Wagner de Melo Romão, Manuelle Maria Marques Matias, Gabriele Carvalho de Freitas

Uma agenda para a participação social na saúde: um diálogo entre o ativismo, militância e academia 309
Larissa Galdino de Magalhães Santos

Sobre os/as autores/as 333



Introdução: Participação Social em Saúde e covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil

Henrique Kujawa
Frederico Viana Machado
Rodrigo Silveira Pinto

Este livro reúne análises e reflexões de um percurso que envolveu dezenas de pesquisadores e educadores populares. Intitulado "Participação Social em Saúde e covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil", é resultado dos esforços de pesquisas que enfrentaram o desafio de estudar as alternativas criadas pelos Conselhos Estaduais de Saúde para a manutenção da participação e do controle social frente ao isolamento social imposto pela pandemia da covid-19. Este trabalho teve início com o projeto Formação de Conselheiros e Lideranças para o Controle Social no SUS, fruto de uma parceria entre o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS, escritório Brasil).

Ainda na memória de todos nós, uma das principais consequências da pandemia foi a suspensão ou redução das reuniões presenciais dos Conselhos Estaduais de Saúde e de outras instâncias participativas. Esses espaços, que são fundamentais para o exercício do controle social e tomada de decisões em saúde, até então eram majoritariamente dependentes de reuniões e plenárias presenciais. A educação popular em saúde, na perspectiva freiriana, arcabouço teórico e técnico que orientou a concepção e execução das atividades formativas e de pesquisa, tem uma vinculação e interesse direto nos territórios e culturas locais, pois são o ponto de partida para uma aprendizagem significativa e transformadora. Assim, manter ativas as práticas de participação e controle social em saúde durante a pandemia foi um desafio enfrentado e interrogado de diversas formas. Apresentamos neste livro as reflexões de uma equipe

de educadores e pesquisadores tecnicamente qualificados, implicados e comprometidos na garantia da participação e controle social como pedra basilar da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de enfrentar os desafios da covid-19 também impulsionou a busca por alternativas e inovações na participação social. As tecnologias digitais se tornaram ferramentas essenciais para a continuidade das atividades dos conselhos e demais mecanismos participativos. Reuniões virtuais, consultas públicas e transmissões *on-line*, uso de plataformas virtuais e redes sociais foram adotados para garantir a possibilidade de diálogo entre gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil.

É importante ter em vista que a pandemia trouxe à tona a importância da participação social no enfrentamento da crise sanitária. A voz da sociedade civil organizada e de grupos afetados pela pandemia, como os profissionais de saúde e as pessoas com doenças crônicas, torna-se ainda mais relevante durante crises sanitárias, humanitárias e outras. A participação social se mostrou essencial para a elaboração de políticas de saúde, a definição de estratégias de prevenção e controle da doença, a distribuição equitativa de recursos e a fiscalização das ações governamentais. Autores argumentam que a participação é central para a resiliência do sistema de saúde, que é necessária sobretudo em momentos nos quais o sistema precisa dar conta de demandas imprevisíveis.

A crise sanitária agravou as desigualdades sociais e de acesso à saúde, impactando a representatividade e a participação de grupos mais vulneráveis na vida pública, e reduzindo ainda mais a capacidade destes grupos para incidir politicamente no funcionamento das políticas públicas. A falta de letramento digital, acesso a equipamentos tecnológicos e à internet, por exemplo, ainda exclui uma parte significativa da população de participar em processos virtuais. Diante desses desafios, é fundamental que sejam adotadas estratégias para promover a inclusão e a representatividade da diversidade da sociedade nos espaços de participação. A busca por soluções híbridas, que combinem atividades presenciais e virtuais, pode contribuir para superar as limitações impostas pela pandemia e fortalecer a participação social no SUS.

A pandemia da covid-19 trouxe à tona a importância da participação da sociedade na formulação e implementação de políticas de saúde. Em meio a uma crise sanitária global, tornou-se evidente que a tomada de decisões isolada e centralizada é insuficiente para lidar com as complexidades e demandas da saúde pública. A necessidade de engajar os cidadãos, ouvi-los e considerar suas perspectivas tornou-se fundamental para a construção de respostas efetivas e inclusivas.

Os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) desempenham um papel crucial como espaços de participação e diálogo entre os diversos atores envolvidos na saúde pública. Compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e membros da sociedade civil, esses conselhos têm como objetivo principal promover a participação da população na formulação e no controle das políticas de saúde, garantindo que as decisões sejam tomadas de forma transparente e democrática. Além disso, eles fazem a ponte entre os municípios, as regiões e o âmbito nacional, o que traz funções estratégicas nas definições de políticas públicas e avanço na efetivação do Direito Humano à saúde

Este livro sintetiza os principais resultados da pesquisa "A Pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS: dinâmicas, pautas e estratégias dos Conselhos de Saúde 2019-2021[1], que realizou uma análise aprofundada dos contextos da participação social em saúde, focalizando quatro frentes de trabalho: a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde durante a pandemia da covid-19; o desenvolvimento de estratégias de educação popular no espaço virtual; entrevista com pesquisadores de referência no tema; análises bibliométricas, cientométricas e bibliográficas da literatura sobre participação social em saúde. Por meio de estudos de caso, análises teóricas e reflexões críticas, pretendemos explorar estas diferentes experiências diante da crise sanitária, contribuindo para a compreensão dos caminhos possíveis para fortalecer a participação social em saúde em momentos de adversidade, além de buscar alguns elementos para a definição de pautas de pesquisa e articulação política para o desenvolvimento das estratégias e arranjos de participação social em saúde no Brasil e na América Latina.

1 Para acessar mais informações, acesse https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus/

Agradecemos a todas as pessoas e instituições que contribuíram para a realização do projeto e deste livro, em particular. Agradecemos enfaticamente aos autores e autoras que, após a conclusão do trabalho de pesquisa, tiveram disposição para escreverem os capítulos deste livro, respondendo às extensas solicitações de revisão que surgiram ao longo do processo editorial. Agradecemos também ao Conselho Nacional de Saúde e à Organização Pan-Americana de Saúde, por todo o suporte financeiro e logístico, mas também pelas contribuições na construção das estratégias metodológicas e no refinamento do trabalho de análise.

Agradecemos também a Pablo Anzalone, pelo generoso prefácio que escreveu para este livro. Pablo Anzalone tem trabalhos de destaque sobre a participação social em saúde no Uruguai que se fundamentam em perspectivas sobre a participação social em saúde próximas ao que buscamos para nossas pesquisas. Em seu prefácio, introduz os principais conceitos e debates que permeiam o livro. Ele destaca a importância dos Conselhos Estaduais de Saúde como instrumentos de controle social e discute a relevância desses órgãos no contexto da pandemia da covid-19. Anzalone nos convida a refletir sobre os desafios e oportunidades da participação social em saúde, além de apontar a relevância desta obra para o avanço do campo. O convite para Pablo prefaciar este livro não é casual. Tendo em vista a necessidade de internacionalizar as discussões sobre participação social em saúde, que atualmente já trazemos algumas experiências, consideramos Pablo um dos nossos interlocutores mais responsivos e consistentes, de modo que é uma honra contarmos com ele como nosso "representante internacional".

Após esta breve apresentação, incluímos um capítulo metodológico, escrito por nós, no qual é discutido o desenvolvimento de todas as frentes da pesquisa citadas anteriormente. Neste capítulo, são exploradas as abordagens metodológicas utilizadas na pesquisa, discutindo as diferentes técnicas de coleta de dados, análise e interpretação utilizadas, além de destacar os desafios e limitações encontrados durante o processo de pesquisa no cenário pandêmico. A reflexão sobre as metodologias empregadas é fundamental para compreender a solidez e a validade dos resultados apresentados ao longo do livro.

O capítulo seguinte, Relato de experiência formativa para o Controle Social no SUS: Projeto Participa Mais, foi escrito por Nara Aparecida Peruzzo, Valdevir Both e Henrique Kujawa, membros do CEAP, e apresenta a reconstrução do projeto de Formação de Conselheiro e Lideranças para o controle social do SUS, descrevendo os seus princípios, pressupostos teóricos e metodológicos, bem como o relato de uma breve descrição das principais atividades desenvolvidas e resultados alcançados.

O capítulo "Desafios para o futuro das experiências híbridas populares", escrito por Fabio Merladet, discute os desafios enfrentados pelas experiências híbridas populares no contexto da participação social em saúde. Este capítulo explora como a pandemia da covid-19 impactou essas experiências, evidenciando a necessidade de repensar e adaptar as práticas participativas oferecendo reflexões críticas e propostas para fortalecer e ampliar a participação popular na saúde, como fazer um uso contra-hegemônico do ensino híbrido; descolonizar, despatriarcalizar, desmercantilizar e democratizar as experiências híbridas; reduzir a exclusão digital; promover a ecologia de práticas educativas; aproveitar os instrumentos e ferramentas disponíveis entre outros.

Os próximos cinco capítulos fazem uma profunda análise das dinâmicas de funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde nos anos de 2019 a 2021, podendo refletir sobre seus papéis na transição para o cenário pandêmico, tanto na ótica da educação permanente, na utilização dos instrumentos de gestão e em sua práxis relacionada à sua atuação na covid-19 e nas demais pautas. Inicialmente, temos dois capítulos escritos por Tânia Kruger, da Universidade Federal de Santa Catarina. O primeiro, intitulado "Educação Permanente para o controle social no SUS: a política, a dinâmica e as experiências dos CES" é explorada a importância da Educação Permanente para fortalecer o controle social no SUS, por meio da discussão das políticas e dinâmicas de educação voltadas para os CES, analisando experiências práticas e destacando os benefícios dessa abordagem para o engajamento da sociedade civil na gestão da saúde.

O segundo, "Instrumentos de gestão do SUS na pauta dos Conselhos Estaduais de Saúde", trata dos principais instrumentos de gestão do SUS que são

debatidos e discutidos nos CES, abordando a importância desses instrumentos para orientar as políticas de saúde, tais como o Plano Estadual de Saúde, a Programação Anual de Saúde e outras normativas do SUS. O capítulo explora como os conselhos lidam com esses instrumentos e como contribuem para sua construção e implementação. Tania Kruger argumenta que os instrumentos de gestão estão crescentemente ganhando sentido social e político, para além dos setores técnicos de planejamento do Estado, superando em parte o caráter normativo e se tornando documentos públicos passíveis de questionamento e/ou sendo receptores de propostas/prioridades por diferentes segmentos sociais.

Na sequência, Clarete Teresinha Nespolo de David, Tatiane da Rosa Vasconcelos e Henrique Kujawa contribuem com três capítulos que discutem o contexto dos CES por meio de diferentes recortes de pesquisa. O primeiro capítulo destes autores leva o título de "Mapeamento da composição, estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil". Este trabalho apresenta o mapeamento do controle social exercido pelos CES em todo o Brasil. São analisados a composição, atuação e os desafios enfrentados pelos conselhos nos diferentes estados do país, destacando as particularidades e contribuições de cada região para a participação social em saúde. Em seguida, "Conselhos Estaduais de Saúde no exercício do Controle Social durante a pandemia de covid-19" apresenta a investigação sobre a atuação dos CES durante a pandemia da covid-19 com foco nas estratégias adotadas pelos conselhos para garantir a participação da sociedade civil nas decisões e ações relacionadas à saúde, considerando os desafios e as oportunidades decorrentes da crise sanitária. Finalizando as reflexões sobre a atuação dos CES, temos o capítulo "Incidência política e ações dos Conselhos Estaduais de Saúde na defesa do SUS e do Controle Social", no qual são abordadas a incidência política e a visibilidade do SUS e do Controle Social na defesa da saúde como direito humano. Elas exploram como os CES têm atuado para garantir o acesso universal e equitativo à saúde, promovendo a visibilidade do sistema e das demandas da sociedade civil.

Finalizando o livro, os próximos três capítulos trazem reflexões para a articulação das práticas de participação, unificando as áreas da militância,

da academia, do controle social institucionalizado, dos movimentos sociais e das demais formas de participação em saúde no Brasil e nas Américas. O primeiro "O que dizem os estudos sobre participação em Saúde nas Américas? Hierarquias, organização e desenvolvimento de um campo de pesquisa" foi escrito por Frederico Viana Machado, Carla Michele Rech, Rodrigo Silveira Pinto e Henrique Kujawa. Este trabalho apresenta uma caracterização dos estudos sobre participação em saúde nas Américas, com ênfase na produção brasileira por meio da revisão da literatura e mapeamento das principais abordagens teóricas, metodológicas e temáticas presentes nesses estudos, oferecendo uma visão abrangente sobre a produção acadêmica nessa área. Em seguida, o capítulo "A trajetória da literatura acadêmica sobre participação e saúde no Brasil e nos EUA", escrito por Wagner de Melo Romão, Manuelle Maria Marques Matias e Gabriele Carvalho de Freitas, traça o perfil da produção brasileira e estadunidense sobre participação em saúde, com análise das principais temáticas, abordagens teóricas e metodológicas presentes nos estudos realizados, identificando tendências e lacunas na produção acadêmica.

Finalizando esta obra, é proposta uma agenda para fortalecer a participação social na saúde, promovendo o diálogo entre o ativismo, a militância e a academia. O capítulo de encerramento tem como título "Uma agenda para a participação social na saúde: um diálogo entre o ativismo, militância e academia" e foi escrito por Larissa G. de Magalhães Santos. São exploradas estratégias para aprimorar as práticas participativas, incentivar o engajamento da sociedade civil e fomentar a produção de conhecimento colaborativo. O capítulo encerra o livro fornecendo direções para o futuro da participação social em saúde no contexto da covid-19 e além.

Esperamos fornecer *insights* valiosos para gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e todos os interessados na construção de sistemas de saúde mais democráticos, inclusivos e resilientes. A participação social é uma peça-chave para enfrentar os desafios contemporâneos em saúde, e este livro visa promover um debate fundamental para aprimorar as práticas participativas e fortalecer a saúde pública em meio a crises e incertezas.

Abordagens e métodos da pesquisa pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS

Rodrigo Silveira Pinto
Frederico Viana Machado
Henrique Kujawa

A pandemia da covid-19 colocou novos desafios para todas as relações humanas, em especial para os projetos que envolvem múltiplos e diversificados atores. As Tecnologias de Comunicação e Informação (TICs) tiveram um papel fundamental para a continuidade de diversas atividades, dentre elas as de pesquisa. Carson e colaboradores (2020) desenvolveram estratégias para a continuidade das atividades de pesquisa de diversos grupos comunitários, argumentando que os pesquisadores devem observar a presente situação como uma oportunidade de reimaginar a Participação em Saúde por meio remoto, criando estratégias para manter os laços e dar voz aos sujeitos pesquisados, integrando-os na tomada de decisões sobre a pesquisa, e sobre a criação e o funcionamento de novas políticas.

Com o desafio de transformar as limitações impostas pelo isolamento social em oportunidade de renovar as práticas de pesquisa, foi adaptada a 2ª edição do Projeto Formação de Conselheiros de Saúde em 2019, com duração de dois anos e pactuada pela Carta Acordo SCON2019-00192, firmada entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A execução do projeto iniciou em 2019 e previa a realização de oficinas de formação para conselheiros e lideranças em todas as unidades federadas e no Distrito Federal e ainda a organização de um grupo de pesquisa, aglutinando representantes de movimentos sociais e pesquisadores, para abordar a temática da participação social no SUS[2].

Durante o ano de 2020, a disseminação célere da covid-19 pelo mundo fez com que o isolamento social se tornasse a principal estratégia de

2 O resultado dos trabalhos deste grupo de pesquisa resultou na obra Vozes olhares e sentidos da participação social no SUS (Kujawa, 2023)

contenção da doença. Reuniões presenciais tiveram que ser canceladas, o que impactou diretamente o funcionamento do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), que precisou se adaptar ao uso das Tecnologias de Informação e Comunicação para continuar o seu trabalho. O Projeto foi diretamente impactado e teve que ser totalmente adaptado para o formato virtual. Os detalhes desse processo estão relatados no Capítulo 4 deste livro. Essa adequação demandou responder às seguintes questões:

- Como os Conselhos de Saúde estão atuando neste novo contexto?
- Quais desafios as instâncias de participação estão enfrentando?
- Que inovações estão produzindo em relação às dinâmicas, pautas e estratégias no exercício do Controle Social no SUS?

Nesse contexto, foi proposta a pesquisa "A Pandemia de Covid-19 e os impactos no Controle Social do SUS: dinâmicas, pautas e estratégias dos Conselhos de Saúde 2019 - 2021" com o objetivo de construir um diagnóstico sobre os impactos da covid-19 no Controle Social, bem como as alterações nas dinâmicas, pautas e estratégias em suas instâncias. A proposta foi estruturada em quatro eixos:

- Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde: buscou-se conhecer o desempenho realizado pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) registrados em atas de reuniões e outros documentos;
- Entrevistas com Conselheiros de Saúde: entrevistou-se conselheiros estaduais de saúde das mesas diretoras e das comissões de educação permanente, com o objetivo de compreender atitudes, práticas e a visão crítica sobre o Controle Social;
- Infraestrutura dos Conselhos Estaduais de Saúde: avaliar a infraestrutura para uso das Tecnologias de Informação e Comunicação pelos CES no cenário onde os encontros presenciais foram interrompidos;
- Revisão bibliométrica sobre participação em saúde: revisão da literatura para conhecer as características dos estudos sobre Participação em Saúde no continente americano.

Ao todo, participaram deste trabalho 17 pesquisadores, que se debruçaram sobre o problema de pesquisa formando grupos de trabalho (GTs). A divisão em GTs justifica-se pela necessidade de trabalhar com muitas fontes num curto período. Mesmo tendo esta subdivisão, houve a preocupação em garantir, no decorrer de toda a pesquisa, que o conjunto dos pesquisadores acompanhassem a totalidade dos trabalhos. Além da dinâmica de cada GT, havia encontros gerais do grupo de pesquisa, para socialização do andamento dos trabalhos e discutir os seus resultados.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 14851419.0.0000.0008). A pesquisa se desenvolveu no âmbito do projeto de Formação para o Controle Social no SUS, desenvolvido pelo CNS, financiado pela OPAS e executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Este foi um ponto determinante para a legitimidade da pesquisa no contato com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES), que ocorreu por meio das seguintes ações.

- Seminário nacional promovido pelo Conselho Nacional de Saúde: foram realizados seminários nas cinco regiões brasileiras para a divulgação e a pactuação da pesquisa;
- Contato direto com as mesas diretoras dos CES: foram enviados ofícios convidando para a participação na pesquisa, apresentando o projeto para conhecimento dos métodos utilizados e para a contribuição com envio de documentos e seleção de conselheiros para as entrevistas.

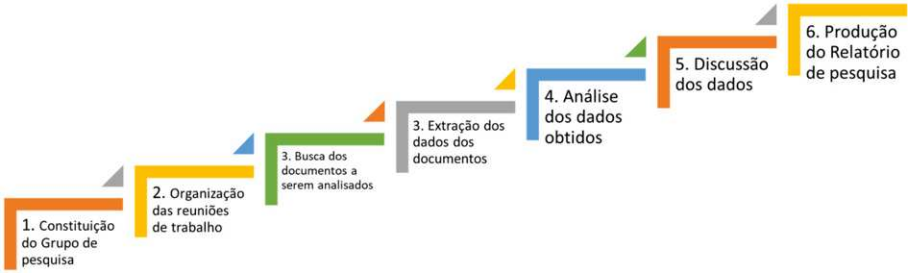
Neste capítulo, são apresentados os percursos metodológicos para o alcance dos objetivos de cada eixo da pesquisa, seus objetivos específicos e toda a construção necessária para o alcance dos resultados propostos. Foi feita uma síntese dos materiais já publicados, que apresentam a metodologia completa da realização dos trabalhos (CEAP, 2022b, 2022c, 2022d, 2022e). Apresentar em conjunto as diferentes estratégias metodológicas possibilita uma visualização mais ampla do projeto e de sua construção, que fez, como sugerido por Carson et al. (2020), do isolamento social uma oportunidade para testar novas estratégias de investigação e gestão de equipes.

Todos os capítulos desta coletânea apresentam resultados da referida pesquisa, ou com ela dialogam, por isso optamos por sintetizar aqui o percurso metodológico, de modo que a metodologia de cada capítulo ficará mais compreensível, tendo em vista seu contexto. Além disso, apresentar e discutir conjuntamente as estratégias metodológicas, os métodos utilizados e a organização das equipes envolvidas, é uma forma de socializarmos as soluções criadas no contexto do isolamento social.

Eixo 1 - Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde

Este eixo da pesquisa teve como objetivo identificar as mudanças na dinâmica, pautas e estratégias de atuação dos CES no contexto da pandemia. Para tal, uma das fontes de dados que é estratégica são as atas produzidas por estes conselhos, onde estão registradas as pautas, discussões e deliberações tomadas ao longo do tempo e em cada unidade federativa, com suas especificidades históricas e regionais. Além das atas, outros documentos também se mostraram importantes para conhecer a estruturação e o funcionamento dos CES. Este eixo dedicou-se à coleta e análise desta documentação. O grupo de pesquisadores responsáveis por este eixo organizou o trabalho por meio de sete etapas, conforme apresentadas na Figura 1.

Figura 1. Itinerário de Pesquisa do Eixo "Sistematização documental dos CES"



Fonte: CEAP, 2022b.

O primeiro passo foi o estabelecimento de vínculo e de contato entre os pesquisadores. Isso se deu por meio de aproximação por interesse na temática

pesquisada, com a apresentação da trajetória de pesquisa de cada um e da definição de uma sistemática sobre como o Grupo de Trabalho deveria atuar e registrar as tarefas realizadas. Além disso, houve também um alinhamento quanto ao objetivo geral, o recorte temporal (2019 a 2021) e as estratégias para a realização da pesquisa.

Os documentos analisados foram as leis de criação dos CES, seus respectivos regimentos internos e as atas dos plenos de 2019 a 2021. A opção por utilizar o recorte temporal de junho de 2019 a janeiro de 2021, justifica-se pelo objetivo da pesquisa de identificar as alterações nas agendas, pautas e dinâmicas dos CES com o advento da pandemia. Neste sentido, a análise documental iniciou 8 meses antes da pandemia e se estendeu 11 meses durante a pandemia.

Para o levantamento da documentação, além de pesquisas em sites e outras mídias sociais relacionadas, foram enviados *e-mails* aos CES solicitando os documentos e informações necessárias. Assim obteve-se 22 leis de criação e 20 regimentos internos. Em relação às atas dos plenos, obteve-se a relação completa anual de 22 CES em 2019 e 2020 e 18 CES em 2021. Não foi possível obter nenhum documento dos CES de Sergipe e Roraima[3].

Conforme os documentos eram obtidos, os pesquisadores realizavam uma leitura preliminar e, com isto, elaboraram uma matriz que organizava as informações dos diferentes documentos por estado e por data. Esta construção se deu de maneira paralela ao Eixo "Entrevistas com os Conselheiros Estaduais de Saúde", em que os grupos trocavam informações sobre seus achados preliminares. Assim, conforme os documentos eram lidos, eram destacadas por meio de cores as seguintes informações:

- Organização e dinâmica de funcionamento dos CES (verde);
- Composição e atuação dos segmentos/ representação (preto);
- Atuação com os instrumentos de planejamento e orçamento (azul);
- Incidência política: interna e externa (sociedade, instâncias do CES, gestor) (vermelho);

3 Os dados completos estão em CEAP (2022b).

- A educação permanente para o Controle Social no SUS (laranja).

Com todas as informações sistematizadas por estado, foi elaborado um roteiro para levantamento de mapa de dados para estabelecer bases relacionais e comparativas entre os estados e as regiões do Brasil, contendo 11 itens:

1. Estrutura e organização dos CES: neste quesito foram analisados os períodos de criação dos CES segundo as leis de criação estaduais e a sua adequação às regulamentações ao que foi proposto pelo CNS;
2. Criação e atualização do Regimento Interno: aqui também foi analisada o ponto cronológico relacionados a criação e atualização dos Regimentos Internos, além da adequação às normativas do CNS deste documento;
3. Composição dos CES: foram analisados quais segmentos representativos compõem os CES e sua conformidade com o que é orientado pelo CNS;
4. Atuação dos segmentos: foram analisadas e comparadas a atuação de usuários, gestores, trabalhadores e prestadores de serviço no CES;
5. Composição e representação das entidades: como foram organizadas as eleições das entidades representativas para o pleno do CES, como se organizam as mesas diretoras e como são formadas as comissões assessoras;
6. Metodologia das pautas: como eram construídas as pautas para deliberação do pleno do CES em relação a forma de proposição, critérios de inclusão e exclusão e o papel das comissões assessoras;
7. Instrafestrurua: foi avaliada a infraestrutura física, materiais, recursos humanos e outras assessorias que garantem a atuação do CES;
8. Gestão dos CES: a organização das mesas diretoras, funcionamento das reuniões ordinárias e extraordinárias, como se dava a forma de gestão (centralizada ou descentralizada[4]) e o tipo de deliberações produzidas;
9. Instrumentos de planejamento e gestão do SUS: qual a influência dos CES e de outros atores sociais na construção das Conferências

4 Presença de outras modalidades de plenária, como apoiadores regionais, representação de Conselhos Municipais de Saúde com vagas na pleno do CES.

de Saúde e nos Conselhos Municipais de saúde, além do impacto das deliberações dos CES nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão;

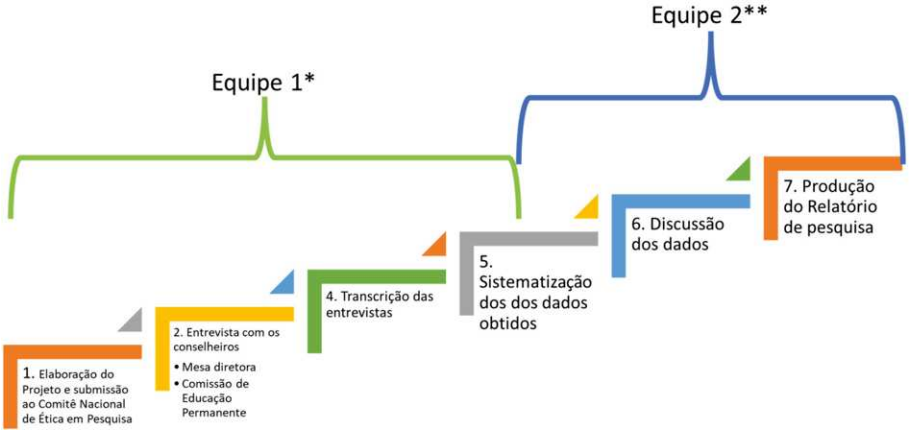
10. Incidência política: neste ponto foi analisado o impacto da atuação dos CES e seus resultados em relação a capacidade de mobilização das Conferências de Saúde, interação com os Conselhos Municipais e Nacional de Saúde e outras instâncias gestoras do SUS, do judiciário, movimentos sociais e outros conselhos de políticas públicas;
11. Educação Permanente dos CES: foi analisada a presença e estrutura de funcionamento das Comissões de Educação Permanente dos CES, além de estratégias de formação de conselheiros de saúde utilizadas pelos estados.

Com estas informações, foram construídos os relatórios de pesquisa e a publicização das informações por região do Brasil (CEAP, 2022b). Nesta coletânea, os capítulos 6, 7, 8, 9 e 10 utilizam resultados deste eixo em suas análises, sendo que os capítulos 8, 9 e 10 foram construídos apenas com dados provenientes dos documentos.

Eixo 2 - Entrevistas com Conselheiros de Saúde

A análise documental procurou analisar os aspectos formais da produção dos CES no período anterior e durante a pandemia da covid-19, buscando quantificar algumas variáveis. Porém, também era importante compreender como os atores interpretam, atribuem sentido e vivenciaram os espaços de Controle Social durante a pandemia, sobretudo em relação à dinâmica, pautas e estratégias nesta conjuntura. Foram entrevistados conselheiros estaduais de saúde de todo o país, sendo ao menos um representante da mesa diretora e um representante das Comissões de Educação Permanente dos CES por estado. Os passos deste eixo da pesquisa estão dispostos na Figura 2.

Figura 2. Itinerário de Pesquisa do Eixo "Entrevistas com os conselheiros estaduais de saúde"



Fonte: CEAP, 2022c.
*= Henrique Kujawa, Márcio Florentino, Ronald Ferreira, Clarete de David, Maria do Horto, Gilnei de Oliveira, Eliane Cruz e Astrid Cosac.
**= Tânia Krüger, Henrique Kujawa, Márcio Florentino, Renata Maraschin, Laura Marchese, Astrit Cosac.

Duas equipes foram mobilizadas para desenvolver este eixo da pesquisa. A primeira equipe trabalhou na realização e transcrição das entrevistas. A segunda equipe trabalhou na sistematização dos dados e na redação do relatório final.

Para a realização das entrevistas foram elaborados dois formulários para identificação do perfil do entrevistado e dois roteiros de entrevistas, cada um deles com questões específicas destinadas aos membros da mesa diretora e aos membros da comissão de educação permanente. Os formulários para identificação de perfil eram utilizados no primeiro contato com os sujeitos de pesquisa. Neste momento era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para concordância. Os formulários levantavam informações sociodemográficas e dados sobre a formação e a participação dos entrevistados no Controle Social no SUS. Os formulários eram enviados por e-mail a secretarias executivas dos CES que redirecionam para os representantes da Mesa Diretora e da Comissão de Educação Permanente, lembrando que o projeto de pesquisa (seus diferentes eixos e etapas) já havia sido pactuado com representantes de todos os Conselhos Estaduais. Após o envio dos

formulários foram feitos contatos telefônicos com o intuito de dirimir dúvidas e pactuar o prazo de retorno dos mesmos. Os formulários com o perfil dos entrevistados foram preenchidos e retornados para nossa equipe por 18 (66,7%) representantes das mesas diretoras e 22 (81,5%) representantes das comissões de educação permanentes.

Os roteiros de entrevistas continham perguntas que orientaram a entrevista, mas novas questões e discussões específicas poderiam ser abordadas. Para os representantes das mesas diretoras os seguintes pontos foram abordados: identificação do sujeito de pesquisa, o funcionamento atual da mesa diretora e suas funções; como o CES atuava antes de março de 2020; quais foram os impactos da pandemia sobre o funcionamento, definição de pautas, gestão do SUS; e posicionamento do CES frente às novas demandas e desafios ao Controle Social em relação a valorização e defesa do SUS. Para os representantes das Comissões de Educação Permanente, foram buscadas informações sobre: a identificação do sujeito de pesquisa; a forma como a comissão atua dentro do CES e sobre a execução do plano de educação permanente; os impactos da pandemia na realização de atividades da educação permanente; e o posicionamento da comissão frente às novas demandas e desafios ao Controle Social em relação a valorização e defesa do SUS. As entrevistas foram feitas online e gravadas em vídeo utilizando o *software Zoom*. A definição e indicação dos entrevistados foi feita pelos CES, por meio das mesas diretoras e Comissões de Educação Permanente (ou correspondentes).

Foram realizadas 50 entrevistas, que correspondem a 92,6% da amostra projetada. Não foi possível entrevistar os sujeitos de pesquisa do estado de Mato Grosso, o membro da mesa diretora do estado de Roraima e o representante da comissão de educação permanente de Sergipe. Atribuímos o alto índice de retorno dos formulários e número de entrevistas ao fato da pesquisa estar integrada ao projeto de formação e, portanto, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado politicamente com os CES.

Como já mencionado, a sistematização, a análise dos dados e a redação do relatório final ficou sob responsabilidade da segunda equipe. Foi feita a leitura

flutuante e exaustiva das transcrições. Para a codificação das informações, foi utilizado o *software* ATLAS.ti[5]. Foram definidas sete categorias que, por meio dos principais elementos que definem o funcionamento dos CES, nos ajudavam a compreender a percepção dos entrevistados sobre os impactos da pandemia na atuação do Controle Social. As sete categorias de análise foram:

1. Organização e dinâmica de funcionamento dos CES: foi analisada a percepção dos entrevistados sobre o funcionamento do CES, em relação a realização de reuniões, estratégias de comunicação, realização de eventos e a capacidade deliberativa;
2. Composição e atuação dos segmentos nos CES: compreendia as alterações na composição dos segmentos e nas entidades representativas e a articulação dos CES com outras entidades;
3. Atuação com os instrumentos de planejamento e orçamento: quais foram os facilitadores e barreiras para apreciação e aprovação dos instrumentos de gestão do SUS;
4. Educação permanente para o Controle Social no SUS: como é o funcionamento das comissões de educação permanente, suas estratégias de articulação com outras entidades, interação com o Conselho Nacional de Saúde e as estratégias para manter a educação permanente atuante;
5. Incidência política: qual o impacto da atuação do CES e seus resultados em relação a capacidade de mobilização, interação com Conselhos Municipais e Nacional de Saúde e de outras instituições;
6. Desafios (da participação, do Controle Social e da educação permanente): quais os novos e velhos desafios para a efetivação da participação em saúde;
7. Indicações conceituais e analíticas: definições de termos relacionados à participação em saúde e ao Controle Social no SUS.

As codificações pelas categorias de análise acima apresentadas também foram segmentadas por região do Brasil, gerando relatórios parciais. A próxima

5 ATLAS.ti é um software de análises de dados qualitativos, quantitativos, que suporta codificação e construção de grafos relacionados à codificação (ATLAS.ti, 2023).

etapa foi a sistematização das categorias de análise. Neste processo houve priorizações de análise, visto o próprio tempo para produção dos relatórios finais frente ao tamanho do corpus textual (cada transcrição continha aproximadamente 20 páginas). Estas priorizações envolveram em essência as visões antes e durante a pandemia dos entrevistados a respeito de cada eixo. Os capítulos 6 e 7 deste livro apresentam os resultados deste eixo pesquisa.

Eixo 3 - Infraestrutura dos Conselhos Estaduais de Saúde

Este eixo surgiu durante o andamento da pesquisa, com o acúmulo gerado do trabalho das equipes dos eixos 1 e 2. Durante as reuniões gerais dos grupos de trabalho, foram citadas diversas manifestações sobre a precariedade da infraestrutura disponibilizada para os CES. Estas manifestações se deram especialmente nas atas. Devido à importância da infraestrutura para o bom funcionamento dos CES e considerando que a pandemia alterava os recursos necessários, este tema ganhou prioridade e foi constituído um eixo específico. A Figura 3 apresenta o itinerário de pesquisa construído para avaliação da infraestrutura dos CES.

Figura 3. Itinerário de Pesquisa do Eixo "Entrevistas com os conselheiros estaduais de saúde"

Fonte: os autores, 2023.

O grupo constituído para atuar neste eixo foi composto por dois integrantes, sendo um o coordenador dos eixos da análise documental e das entrevistas e um membro da equipe de análise documental. Em seguida,

foi construído um formulário para a coleta de dados que abrangesse as necessidades da infraestrutura física, de recursos humanos e de comunicação. Este último item (comunicação) ficou em destaque durante a pandemia, pois com o isolamento social, as reuniões e capacitações presenciais dos CES tiveram que ser interrompidas para a realização de atividades à distância utilizando *softwares* e redes sociais para continuidade das atividades. Sendo assim, foram pensados quatro blocos de informações que compunham o formulário que deveria ser preenchido pelos membros dos CES:

- Estrutura física existente: neste bloco foi avaliada a estrutura física em relação a sede própria, veículo para transporte, disponibilidade de linha telefônica e outros equipamentos para realização de atividades à distância. Além disso foi avaliada a presença de dotação orçamentária própria;
- Estrutura de pessoal: foi avaliada a presença de servidores dedicados para as atividades do CES, em relação a quantidade, vínculo do secretário executivo e presença de assessoria técnica;
- Equipamentos e ferramentas tecnológicas: neste bloco foi avaliada a disponibilidade e a qualidade da internet, além da presença de *softwares* para realização de reuniões *on-line*;
- Estrutura Necessária: aqui foi avaliada a necessidade dos CES em relação a equipamentos para a realização de reuniões e atividades *on-line*, a realização de capacitações pelo CES aos seus conselheiros e outros atores, e necessidades adicionais para melhorar e ampliar suas capacitações.

O formulário foi enviado por *e-mail* para todos os CES. Foram realizados contatos telefônicos para as mesas diretoras dos CES solicitando a resposta, e recebemos formulários preenchidos por representantes de todos os CES do Brasil.

Para a sistematização dos dados, as entrevistas e a análise documental foram utilizadas em conjunto com as respostas dos formulários, e em seguida foi construído o Plano de Necessidades com ações prioritárias para melhorar

o desempenho da função dos CES, abrangendo os domínios de equipamentos, plataformas digitais, recursos humanos e estrutura física (CEAP, 2022e).

Eixo 4 - Revisão bibliométrica sobre participação em saúde

Este eixo procurou compreender qual a situação da produção acadêmica sobre Participação em Saúde no continente americano. Este objetivo surgiu de uma demanda feita pela OPAS, pela inexistência de estudos com este teor e pela importância que as informações a serem produzidas poderiam ter para subsidiar o debate sobre os desafios para para a participação e o Controle Social no Brasil e na América. Para a realização desta tarefa, se faz necessária construir uma revisão da literatura, para coletar e analisar os artigos científicos que retratam esse panorama. As etapas do itinerário desta pesquisa estão apresentadas na Figura 4.

Figura 4. Itinerário de Pesquisa do Eixo "Revisão bibliométrica sobre participação em saúde"

Fonte: os autores, 2023.

Inicialmente foi realizada a aproximação entre os membros do grupo de trabalho. Nestas reuniões iniciais, discutiu-se o tipo de revisão a ser utilizada, para em seguida elaborar um protocolo de busca. A primeira discussão do grupo foi sobre o tipo de revisão que deveria ser realizada. Optou-se pela revisão bibliométrica e cientométrica da literatura científica, pois compreendeu-se que um panorama geral da produção seria mais estratégico para situar o debate sobre participação, uma vez que se encontram disponíveis diversas revisões sistemáticas e narrativas sobre o tema, com diferentes recortes e abrangência. Análises bibliométricas

e cientométricas têm sido utilizadas para avaliar e mensurar as características de um campo de pesquisa, em relação às interações diretas e indiretas entre artigos científicos, autores, periódicos, organizações e países (Grácio, 2020). A principal contribuição que esta metodologia traria para o escopo do projeto seria avaliar o grau da interação e integração deste tema no continente, buscando as oportunidades e barreiras para ampliar e qualificar a produção.

Em seguida, foi desenvolvido um Protocolo de Busca[6], baseado no instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (Equator Network, 2023), para garantir que todas as etapas fossem corretamente desempenhadas na revisão.

O próximo passo foi a construção da estratégia de busca a ser aplicada nas bases de dados. Iniciou-se pela construção do escopo da busca, para assim, estabelecer os termos mais relevantes. Foi utilizado o acrônimo PCC (população, conceitos e contexto), além da determinação de tipos de produções científicas, localizações dos estudos, e data dos estudos (Queensland University of Technology, 2023), que foram definidos como:

- População: estudos sobre participação e Controle Social em saúde, publicados em inglês, espanhol ou português;
- Conceitos: participação social; participação cidadã; Controle Social formal; controle informal da sociedade; políticas públicas; práticas sociais; saúde da comunidade.
- Contexto: formas de inclusão da sociedade no diagnóstico, execução e/ou avaliação de políticas e ações de saúde;
- Tipo de produções científicas: artigos científicos;
- Localização dos estudos: estudos realizados em países das Américas ou produzidos por instituições sediadas em países das Américas.
- Data dos estudos: Estudos publicados até 12 de agosto de 2021[7].

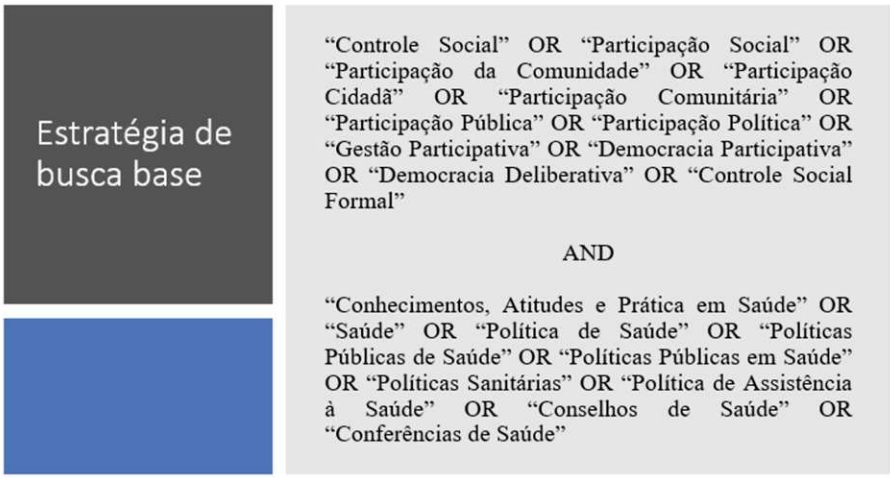
Com base nesta estratégia foi montado o banco de dados. Como o tema pesquisado possui interações entre diversas áreas do conhecimento, foram

6 O Protocolo de Busca contempla os passos 2 a 8 da Figura 4. Para compreensão do leitor, optou-se por demonstrar as etapas da elaboração do Protocolo sem mencioná-lo na figura.

7 Esta foi a data da realização da busca final de estudos para inclusão na revisão.

utilizados termos em combinação com operadores booleanos, objetivando o aumento da sensibilidade da busca. A estrutura geral da estratégia de busca está apresentada na Figura 5.

Figura 5. Estratégia de busca base para realização da revisão.



Fonte: CEAP, 2022d.

As primeiras buscas realizadas utilizando esta estrutura básica apresentaram uma baixa sensibilidade, com a captação de centenas de milhares de artigos. Assim, ajustes foram feitos para tornar o trabalho viável, como a busca destes termos apenas nos títulos e nos resumos dos estudos. Mesmo assim, as buscas retornaram milhares de estudos para análise. Outra questão relacionada à busca foi que não se incluiu os nomes dos países das Américas, retornando estudos produzidos em todo o planeta. Foi elaborada uma estratégia de organização dos dados, que passou pela seleção de softwares que organizassem o trabalho em equipe.

Para organização das referências bibliográficas levantadas foram utilizados os softwares EndNote 20 (Clarivate, 2023), o Microsoft Excel 365 (Microsoft, 2023) e o Google Planilhas (*Google Workspace*, 2023). O EndNote 20 foi utilizado para agregação de todas as buscas, realizando a filtragem inicial

de artigos duplicados[8]. O Microsoft Excel 365 foi utilizado para a criação de planilhas editáveis para a análise de inclusão dos estudos (que será abordada posteriormente) e o Google Planilhas foi utilizado como ambiente de trabalho simultâneo pelo grupo de trabalho nas planilhas geradas anteriormente.

Uma revisão bibliométrica e cientométrica é realizada por meio de um software que recebe os estudos coletados e os organiza em informações quantitativas e qualitativas para análise. Para a realização desta revisão foi selecionado o software VOSviewer (Van Eck; Waltman, 2021), que apresenta uma diversidade de formas de organização, filtragem, análise e apresentação dos dados[9]. Os pesquisadores realizaram um treinamento específico para o uso deste software.

Concomitantemente com a seleção dos softwares, foram selecionadas as bases de dados para realização da busca. O critério de seleção foi a relevância das bases em relação ao número de revistas científicas indexadas que publicam sobre o tema e também sobre a compatibilidade de uso no VOSviewer. Assim, foram selecionadas a Biblioteca Virtual de Saúde, a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, a SCOPUS, a *Web of Science* e a *Scientific Electronic Library Online*. Foram realizadas adaptações da estratégia de busca para cada uma destas bases, e o resultado delas agregado no EndNote 20 para filtragem dos artigos duplicados. Em relação a compatibilidade com o VOSviewer havia um problema, pois somente a base *Web of Science fornecia* todos os dados para análise no formato utilizado por este *software*. Sendo assim, a planilha final dos estudos foi editada manualmente pelos pesquisadores para completar as informações possíveis nos estudos com informações incompletas.

A busca final em todas as bases de dados citadas foi realizada no dia 12 de agosto de 2021. Foram coletados 9.847 artigos científicos. Destas, o EndNote detectou 5.640 referências duplicadas. As 3.847 referências restantes deveriam ser analisadas manualmente para filtrar a aderência temática e regional (América). A análise de inclusão foi feita por duplas de pesquisadores,

8 Artigos presentes em mais de uma base de dados utilizada na pesquisa.
9 No Capítulo síntese dos resultados da revisão bibliométrica e cientométrica estão apresentadas as formas de que o VOSviewer apresenta as informações. Para saber mais, consultar CEAP (2022d).

que avaliavam se o estudo realmente se tratava de participação ou Controle Social em saúde além de ser realizado nas ou sobre as Américas. Após esta etapa, foram incluídos na revisão 641 trabalhos.

A próxima etapa foi a análise dos dados. Esta etapa foi construída da maneira mais ampla possível, buscando compreender as interações realizadas entre os estudos, autores, instituições, periódicos e países para debater como o campo da participação em saúde se manifesta no continente. Para isso, foram conduzidas as seguintes investigações:

- Temporalidade e origem dos estudos: foram obtidas as datas das publicações dos estudos, para construção da linha do tempo da produção. Além disso, essa linha foi estratificada por país de origem da publicação;
- Idioma dos estudos: foram analisados em quais idiomas as produções foram publicadas (espanhol, inglês, português ou combinação destes);
- Citação: avalia o número de vezes em que o artigo é citado pelos demais do banco de dados. Assim se conhece a relevância, disseminação ou impacto no campo científico das produções entre si, apresentando o grau de influência das publicações, autores e periódicos mais citados sobre as demais;
- Coautoria: avalia o número de artigos publicados de forma conjunta entre autores ou suas instituições. Assim permite observar as colaborações formais do campo de pesquisa;
- Acoplamento bibliográfico: é uma análise relacional de citação, pois relaciona o número de artigos que dois estudos citam em comum. É uma análise informal, pois não existiu uma intencionalidade em citar os mesmos estudos, mas apresenta frentes independentes em comum no campo de pesquisa;
- Cocitação: A cocitação também é uma análise relacional, que mede a frequência que uma citação (que não está no banco de dados) aparece nos estudos do banco de dados. Assim, conhecendo estes

estudos, se consegue determinar os temas das frentes de pesquisa informais que existem;

- Coocorrência de palavras: esta análise é feita a partir da frequência de termos que aparecem simultaneamente em títulos e resumos, além de também apresentar o número de vezes em que dois ou mais termos aparecem próximos de si, realizando um mapeamento temático dos estudos do banco de dados.

Para a redação do relatório final, foram utilizadas as análises realizadas em conjunto com os gráficos e tabelas formados pelo VOSviewer, filtrados por unidade de análise (países, autores, instituições, periódicos e artigos científicos) número de publicações e citações/cocitações e a "força de ligação", que é o número de associações que cada unidade de análise realiza com as demais. Os capítulos 11 e 12 dialogam com os resultados deste eixo pesquisa.

Considerações finais

Este capítulo trouxe as principais ações realizadas para a realização de uma pesquisa necessária para o seu tempo. O projeto se adaptou ao contexto da pandemia e buscou contribuir no seu enfrentamento na medida que dialoga com a participação social, um setor que foi fundamental para pressionar o poder público e mobilizar a população em prol da garantia de direitos e do adequado funcionamento do SUS.

A pesquisa fez parte de um projeto de formação para o Controle Social no SUS, que tem sido negligenciado e, até mesmo, atacado por governantes que desqualificam o arcabouço participacionista que, preconizado pela Constituição de 1988, é um dos pilares da nossa democracia. Nesta perspectiva, as metodologias desenvolvidas e sinteticamente discutidas nestes capítulos são, ao mesmo tempo, um esforço para a qualificação técnica dos atores que fazem o Controle Social das políticas de saúde, mas também, um trabalho com fundamentos e posicionamento políticos bem definidos e comprometidos com as diretrizes do SUS.

Como pudemos ver nos diferentes eixos, este projeto reuniu um grupo significativo de pessoas que trabalharam com diferentes fontes de dados, diferentes estratégias metodológicas, mas que se articulavam entre si, sempre com o olhar voltado para as consequências objetivas e a instrumentalização dos resultados alcançados. A divisão dos pesquisadores em grupos responsáveis por diferentes equipes foi uma opção para otimizar o trabalho e conseguir manejar um grande volume de informações em um período reduzido, se considerados os objetivos propostos.

O uso de Tecnologias da Informação e Comunicação para realização do Controle Social no Brasil nunca havia sido tão necessário. Era necessário compreender cada desafio enfrentado pelas equipes para poder conduzir ações específicas de suporte e resolução dos problemas que foram surgindo durante a realização da pesquisa. Neste capítulo apresentamos a síntese das estratégias metodológicas como um projeto definido e acabado, mas é importante ressaltar que foi uma construção em ato: o caminho se fez ao andar. Mesmo com todas as barreiras impostas, este grupo de pesquisadores conseguiu produzir conhecimento em múltiplas frentes, desenvolvendo e/ou adaptando métodos para produção desta pesquisa, o que consideramos um grande êxito.

Finalmente, temos que salientar que o projeto buscou fundamentos éticos e epistemológicos na educação popular, por isso, envolveu diretamente todos os sujeitos de pesquisa, principalmente os membros dos Conselhos Estaduais de Saúde, pactuado desde o início das ações que seriam realizadas, definindo de forma participativa o papel que cada um iria cumprir e colocando em discussão a própria estrutura e os procedimentos da pesquisa. Além disso, os resultados da pesquisa foram compartilhados e têm contribuído para (re)orientar a atuação política nos espaços de Controle Social. Um exemplo concreto foi a percepção do CNS, no decorrer da pesquisa, que os conselhos estaduais precisavam de auxílio para obter infraestrutura para poder atuar *on-line* durante a pandemia. Outro exemplo significativo foi que os resultados desta pesquisa determinaram os objetivos e a metodologia dos desdobramentos que conduziram à sua continuação, como o Projeto Participa+ (CEAP, 2023).

Referências

ATLAS.ti. **Why ATLAS.ti**. Disponível em: https://atlasti.com/pt/why-atlas-ti. Acesso em: 11 fev. 2023.

Carson, S. L. et al. Reflections on the Importance of Community-Partnered Research Strategies for Health Equity in the Era of COVID-19. **J Health Care Poor Underserved**, v. 31, n. 4, p. 1515-1519, 2020. DOI: 10.1353/hpu.2020.0112. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33416732/. Acesso em: 24 fev. 2024.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pesquisa Controle Social no SUS**. 2022a. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus/. Acesso em: 22 dez. 2022.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019–2020)**. Passo Fundo: Saluz, 2022b. – (Coleção Covid-19 e o Controle Social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 1). 253 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Entrevistas com conselheiros e conselheiras de saúde estaduais**. Passo Fundo: Saluz, 2022c. – (Coleção Covid-19 e o Controle Social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 2). 280 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Revisão bibliométrica sobre a participação social em saúde nas américas**. Passo Fundo: Saluz, 2022d. – (Coleção Covid-19 e o Controle Social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 3). 223 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Infraestrutura dos Conselhos Estaduais de Saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2022e. – (Coleção Covid-19 e o Controle Social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 4). 45 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Sobre o projeto**. 2023. Disponível em: https://participamais.ceap-rs.org.br/. Acesso em: 14 out. 2023.

Clarivate. **EndNote**. Disponível em: https://l1nq.com/qkNyv. Acesso em: 19 fev. 2023.

Equator Network. **Search for reporting guidelines**. Disponível em: https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma-scr/. Acesso em 13 fev. 2023

Grácio, M. C. C. **Análises relacionais de citação para a identificação de domínios científicos:** uma aplicação no campo dos Estudos Métricos da Informação no Brasil [online]. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2020. Disponível em: https://books.scielo.org/id/tx83k/pdf/gracio-9786586546125.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

Google Workspace. **Planilhas**. Disponível em: https://l1nk.dev/x1a7M. Acesso em: 19 fev. 2023.

Kujawa, H. **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS.** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. v. 1. 212p.

Queensland University Of Technology. **Scoping Reviews**. 2023. Disponível em: https://libguides.library.qut.edu.au/scopingreviews/formulate#:~:text=JBI%20recommends%20the%20%E2%80%9CPCC%E2%80%9D%20mnemonic,)%2C%20Concept%2C%20and%20Context. Acesso em: 19 fev. 2023

Microsoft. **Faça mais em menos tempo**. Disponível em: https://www.microsoft.com/pt-br/

microsoft-365/p/microsoft-365-family/cfq7ttc0k5dm?activetab=pivot:vis%C3%A3ogeraltab. Acesso em: 19 fev. 2023.

Van Eck, N. J.; Waltman, L. **Manual for VOSviewer version 1.6.17**. Disponível em: https://www.vosviewer.com/documentation/Manual_VOSviewer_1.6.17.pdf. Acesso em: 19 fev. 2023.

Relato de experiência formativa para o Controle Social no SUS: Projeto Participa Mais

Nara Aparecida Peruzzo
Valdevir Both
Henrique Kujawa

A origem do Sistema Único de Saúde (SUS) está calcada num ideário de garantia de direitos sociais objetivando a construção de uma sociedade mais justa, igualitária, equitativa e democrática. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Constituição Federal (1988) as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, bases normativas do SUS, são frutos de uma ampla organização social que lutou incansavelmente por estas conquistas. Neste sentido podemos dizer que o SUS tem em suas bases a participação social que se normatiza e conquista espaços institucionais (conselhos e Conferências) a partir da década de 1990.

Um dos grandes desafios históricos para efetivar e ampliar a participação social é a construção das condições objetivas para que a sociedade realmente consiga interferir no planejamento e efetivação das políticas do SUS. Neste sentido, a qualificação das organizações e das lideranças que compõem os conselhos e participam do controle social é apontada como uma necessidade permanente.

O presente texto tem por objetivo sintetizar o processo formativo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), apoiado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) no período de 2016 a 2021. Para a construção do texto utilizou-se dos dados dos relatórios da primeira e segunda edições, bem como do resgate histórico do processo. O texto está dividido em duas partes. Inicialmente descreve-se os dados e resultados do processo formativo e, na sequência, aborda-se as condições que contribuíram e o papel cumprido pelas entidades envolvidas na construção do referido projeto.

A Experiência Formativa do Projeto "Formação para o controle Social no SUS"

O projeto *"Formação para o controle social no SUS"* é resultado de um processo de construção coletiva entre movimentos e organizações sociais, pesquisadores e espaços de participação social. Este processo de construção coletiva deu-se a partir de três fatores articulados entre si. O primeiro, é a concepção teórica-metodológica que parte do princípio de que é necessário articular os movimentos sociais populares e suas práticas de educação popular como alternativa, resistência e enfrentamento ao projeto de globalização e ao modelo neoliberal, que retira direitos sociais e diminui a responsabilidade do Estado como responsável pelo bem-estar dos cidadãos. Por segundo, a compreensão de que a conquista da democracia participativa representou avanço institucional com práticas inovadoras na participação cidadã nos espaços de controle social das políticas públicas e garantia de direitos, a exemplo do caso concreto do direito à saúde através da implementação do SUS e dos conselhos de saúde. Ressalta-se, os enormes desafios, enfrentados pelos mesmos, oriundos de projetos neoliberais que buscam constantemente a restrição e ou retiradas de direitos tornando fundamental refletir sobre as práticas e reafirmar a importância da luta social, seja em espaços institucionais ou em espaços populares, para a garantia dos direitos. E, por último, a compreensão de que estávamos (e ainda continuamos) numa conjuntura de fortalecimento das concepções neoliberais que preconizam a restrição de direitos e, especificamente, de questionamento dos Sistemas Universais de Seguridade Social.

Motivados por esse tripé de fatores e, também, com o profundo desejo de contribuir com a construção democrática brasileira, em 2016, o Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS) e o CEAP, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS no Brasil) iniciaram a execução do projeto de Formação para o controle social no SUS. Procurando, desde o início, estabelecer um profundo diálogo entre a

Democracia e o SUS, numa firme convicção de não haver democracia sem a garantia e realização do direito humano à saúde, ao mesmo tempo que não há a garantia e realização do direito humano à saúde sem democracia.

Dialogando com o tripé de fatores que provocaram o processo coletivo de construção do Projeto de Formação para o Controle Social no SUS, as concepções que fundamentaram a estruturação metodológica-política do mesmo (CEAP, 2018a), são oriundas de duas experiências históricas - a proposta da Escola de Participação Popular e Saúde e os processos formativos para fortalecimento do controle social desenvolvidos pelo CEAP na região Sul do Brasil nos últimos vinte anos – da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e das diretrizes e políticas resultantes das discussões e formulações dos espaços institucionais do controle social do SUS sobre a urgente necessidade de realização de processos de formação para conselheiros/as de saúde.

Resultante deste processo e com estes fundamentos, a primeira edição do projeto, denominada **Formação de Formadores e Multiplicadores para o Controle Social no SUS - 1ª Edição,** foi executada no período de 2016 a 2018 e abrangeu todo o território nacional. Objetivou-se, de forma geral, em consonância com a política de Educação Permanente, desenvolver ações que buscavam promover a atuação em processos de democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, tendo em vista o fortalecimento do controle social no SUS (CEAP, 2018, p. 68). O projeto é composto por cinco ações, são elas:

1. **Seminários com a Comissão de Educação Permanente para o Controle Social do SUS do Conselho Nacional de Saúde:** os quais constituíram-se em espaços deliberativos e normatizadores da execução do projeto como um todo. Por meio destes, a CIEPCSS tornou-se presença orgânica no processo de direcionamento político-metodológico do Projeto.
2. **Oficinas de Formação – Experiência Piloto:** Mesmo sabedores que cada oficina é única e construída no processo entre

educador/a e participantes, a coordenação do projeto, avaliou que a experiência piloto, realizada em diferentes regiões do Brasil, antes da finalização da proposta pedagógica, era importante no sentido de vivenciar um 'laboratório' da proposta e dialogar com diversidades e pluralidades do controle social na saúde. Não no sentido pragmático utilitarista da experiência, mas no de construir um processo constantemente aberto e plural. Essa vivência foi sistematizada, avaliada em conjunto com a CIEPCSS e Mesa Diretora do CNS, equipe pedagógica e educadores/as e, a partir dela, finalizada a proposta pedagógica das oficinas de formação para o controle social no SUS.

3. **Oficinas regionais de Formação:** Conforme relatado no *Relatório do Projeto Formação para o Controle Social no SUS – Volume IV Desenvolvimento das oficinas* (CEAP, 2018d, p. 126), *as oficinas c*onstituem-se na ação central e principal do projeto. Foram realizadas 70 oficinas, distribuídas em todas as unidades federativas do Brasil e envolveram diretamente mais de quatro mil conselheiros/as e lideranças de saúde. Cada oficina teve 16 horas de duração, 4 turnos e atividades de multiplicação. Foram disponibilizadas 80 vagas distribuídas em duas turmas de 40, para cada oficina. Os temas abordados foram pactuados no 1º Seminário com a Comissão de Educação Permanente para o Controle Social do SUS do Conselho Nacional de Saúde (CIEPCSS), agrupados em 4 temas geradores: 1 - Conceito de Saúde e Concepção de Sociedade; 2 - Histórico da Política de Saúde e do SUS; 3 - Modelo de Atenção e organização das ações e serviços de saúde; 4 - Estrutura Institucional da participação no SUS.

Participaram desse processo, segundo o relatório citado acima, um total de 4.000 mil pessoas. A análise dos dados dos participantes, apresentadas no Relatório, mostra que os/as conselheiros/as representaram 82% do total dos participantes. Entre os segmentos de conselheiras/os

destaca-se: 42% de usuárias/os, 41% de profissionais, 11% de gestoras/es do governo e 6% de prestadoras/es de serviços, com destaque para a significativa participação de usuárias/os e trabalhadores/as (CEAP, 2018a, p. 41-49). As regiões Norte e Centro-Oeste tiveram maiores percentuais de participação, chegando a 91% e 85% respectivamente; as regiões Nordeste e Sudeste atingiram 72% e 73% respectivamente, ao passo que a região Sul deteve o menor número de vagas preenchidas, o pior percentual de participação, apenas 51% (CEAP, 2018a, p. 51-53).

Em relação ao perfil dos participantes das oficinas, predominou a faixa etária compreendida entre 31 a 50 anos, representando um pouco mais da metade dos participantes, com algumas pequenas variações por estados. A faixa etária dos mais jovens compreendida entre 21 a 30 anos apresentou baixo percentual, indicando fragilidade em relação à participação do segmento mais jovem neste projeto (CEAP, 2018a, p. 51-56).

O sexo feminino predominou, indicando uma participação de mulheres em quase 70% do total de participantes, havendo uma equiparação na proporção entre os sexos apenas nos estados de Alagoas, Pernambuco e Piauí (CEAP, 2018a).

Quanto à declaração de cor/raça por parte dos participantes: no Sul, 80% declararam-se brancos e na região Norte, houve maior declaração de pardos. Na média geral das regiões, a cor parda obteve maior percentual, totalizando 50% das autodeclarações e em seguida temos 40% de brancos e em torno de 10% de pretos. Segundo o Relatório,

> esses dados, como são obtidos por meio de autodeclaração, também maculam discussões históricas sobre a dificuldade de reconstrução da identidade negra. O ideal eugenista e racista promovido no Brasil em séculos de exploração e a ideologia do branqueamento racial também dizem respeito a um povo que não se reconhece preto, embora todos os traços apontem para isto. Refletir crítica e qualificadamente sobre este dado também é um desafio que a nós se impõe (CEAP, 2018a, p. 151-153).

4. **Materiais Educativos:** A elaboração de materiais educativos é uma estratégia importante para o Projeto, conforme relatado no *Relatório do Projeto Formação para o Controle Social no SUS- Volume III - Construção dos materiais de apoio e pedagógicos para desenvolvimento do projeto* (CEAP, 2018c), dado que eles não são considerados um apêndice, mas parte estruturante do processo formativo que acontece durante a oficina e pós-oficina. Os materiais elaborados não são "manuais" de como fazer, mas instrumentos pedagógicos que visam contribuir com a ação do ser conselheiro/a e liderança de saúde. A elaboração dos mesmos atentou-se, segundo o Relatório citado acima, para a seguinte diretriz do Conselho Nacional de Saúde:

> […] as estratégias de comunicação e informação devem conter linguagens adequadas, incluindo acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso tanto de meios convencionais, regionais e populares – como o rádio e impressos, que possibilitam o amplo acesso – quanto modernos, como a internet (CEAP, 2018c).

Nesta perspectiva, foram elaborados 4 materiais: 1 - a Cartilha *O SUS e a Efetivação do Direito Humano à Saúde*[10]; 2 - O curta-metragem *Saúde*[11]; 3 - Guia do/a Educador/a; 4 - Plataforma Virtual.

5. **Seminário de Avaliação:** A experiência formativa desenvolvida foi constantemente avaliada pelos parceiros (Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Fórum DH Saúde) e pelos/as participantes das oficinas. Essa avaliação foi sistematizada e subsidiou as discussões para a elaboração da segunda edição do Projeto.

Além disso, os seminários e oficinas foram sistematizados em relatórios, publicados em quatro volumes e entregues ao Conselho Nacional de Saúde. São Eles: *Volume I - concepção e viabilização do Projeto; O Volume II - Formação da Equipe de*

10 Versão eletrônica disponível em: https://ceap-rs.org.br/cartilha/o-sus-e-a-efetivacao-do-direito-humano-a-saude-2/. Acesso em: 08 maio 2024.
11 Disponível em: https://youtu.be/vWLkDB7ubO4?feature=shared. Acesso em: 08 maio 2024.

Educadores/as; Volume III - Construção dos materiais de apoio e pedagógicos para desenvolvimento do projeto; Volume IV - Desenvolvimento das Oficinas.

Dando continuidade à experiência formativa iniciada em 2016, após avaliada, sistematizada e rediscutida com os parceiros, entre 2019 a 2021, foi executada a **Formação para o Controle Social no SUS - 2ª Edição.** Assim como a primeira edição, esta foi executada pelo CEAP, em parceria com o CNS, articulada pela CIEPCSS e financiada pela OPAS/OMS.

Nesta edição, mantivemos a matriz conceitual e os fundamentos políticos-pedagógicos da primeira edição. Objetivando, de modo geral, "qualificar e fortalecer a atuação dos conselheiros/as da saúde e lideranças dos movimentos sociais que atuam na defesa do SUS em todas as unidades federativas do Brasil". Especificamente, pretendeu-se: a) Incentivar e apoiar atividades de formação multiplicadora junto aos conselhos de saúde e movimentos sociais; b) Apoiar as Comissões Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS na implementação de processos de formação multiplicadora; c) Construir e socializar conhecimentos sobre a participação e controle social no SUS e de educação permanente para o controle social no SUS; d) Disponibilizar materiais pedagógicos em formato impresso e eletrônico para incentivar ações em torno da defesa do SUS e do funcionamento e papel dos conselhos.

Ao final da 1ª edição, como mencionado anteriormente, foi realizada rodada de avaliações junto a CIEPCSS, CNS, comissões estaduais de educação permanente, movimentos sociais e entidades, e educadores/as. Este processo avaliativo foi consensual em apontar a importância do CNS continuar apostando na educação permanente, em parceria com o CEAP, e indicou a necessidade de ampliar a abordagem temática nas Oficinas, de modo que o papel dos conselhos e conselheiros fosse discutido num período de tempo maior durante as Oficinas. Essa demanda, consequentemente, resultou na proposta de ampliação no número de horas para as Oficinas, de 16 para 24 horas, como veremos na sequência.

Também foi avaliado que, frente a necessidade de continuidade da formação, é fundamental que sejam construídos espaços de reflexão e

pesquisa sistemáticos e multirepresentativos sobre a participação e controle social no SUS e sobre a educação permanente para o controle social no SUS. Ou seja, é fundamental que a experiência da participação e controle social no SUS no Brasil, assim como a experiência dos processos de educação permanente para o controle social no SUS, encontrem "disposições e rodas epistêmicas" no intuito de avaliar e produzir conhecimentos sobre as mesmas. E desta avaliação, incluiu-se nesta edição uma atividade de pesquisa sobre o controle social, de onde, inclusive, decorre a organização de uma coletânea "Vozes, olhares e sentidos da participação social o SUS" (Kujawa, 2021), reunindo textos que são fruto do diálogo e reflexão dos diferentes sujeitos envolvidos.

É importante salientar, que, logo no início de execução da 2ª edição do projeto, declarou-se estado de pandemia da covid-19 no Brasil, exigindo que as ações do projeto fossem readequadas ao contexto. Algumas atividades foram incluídas para responder às demandas advindas do contexto e das necessidades dos conselhos, tais como o curso de ferramentas virtuais participativas, o processo de sistematização de práticas pedagógicas em ambiente virtual e a pesquisa do Impacto da covid-19 para o controle Social no SUS, entre outras.

O Projeto é composto pelas seguintes ações:

1 - Oficinas Formativas - Constituem-se na ação central do projeto, onde foram desenvolvidas as etapas formativas diretamente com os/as conselheiros/as e lideranças de saúde. Na proposta original, havia sido projetada a realização de 84 oficinas de três dias cada, no formato presencial, totalizando 30 horas, além das atividades de multiplicação, para turmas de 30 participantes. Os temas que deveriam ser abordados nos três dias das oficinas foi pactuado no **Seminário da Comissão de Educação Permanente do CNS, Mesa do CNS e Equipe do Projeto,** os quais podem ser descritos em 8 temas geradores: 1 - Conceito de Saúde e concepção de sociedade; 2 - Ser Conselheiro e liderança social; 3 - Educação Permanente para o controle social do SUS; 4 - História das políticas públicas de saúde no Brasil; 5 - Orçamento e Financiamento do SUS; 6 - Modelo de atenção e organização dos serviços e ações no SUS; 7 - Multiplicação no SUS; 8 - Controle Social no SUS; Instrumentos de Planejamento no SUS.

Neste Seminário foi pactuado também que a distribuição das vagas dos participantes entre conselheiros/as e representantes de movimentos e organizações populares se manteriam os critérios da primeira edição. Já a pactuação dos critérios para a distribuição das oficinas por estado, a forma de seleção e o processo de mobilização para as oficinas foram pactuados no **Seminário com os Presidentes, Coordenadores das Comissões de Educação Permanente e Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde.** Foi decidido manter os critérios da primeira edição e criaram estratégias para o envolvimento das Comissões de Educação Permanente dos Estados no acompanhamento da multiplicação.

No entanto, nessa modalidade, foram realizadas apenas 7 oficinas presenciais e, por conta da Pandemia da covid-19, a proposta foi readequada para o formato virtual síncrono. Todo esse processo de readequação foi dialogado e pactuado com a CIEPCSS, Mesa Diretora do CNS e OPAS. Ressalta-se que a readequação no formato da oficina, não alteraram os objetivos e os fundamentos político-pedagógicos, no critério de distribuição de oficinas por estado, no critério de distribuição de vagas e modo de seleção.

Neste formato, realizou-se 80 oficinas virtuais síncronas, para turmas de 30 pessoas, realizadas em duas etapas de 8 horas cada. Era acompanhada por um/a educador/a pedagógica, um/a educador/a de plataforma virtuais para assessorar em casos de dificuldades de acesso e participação na oficina; e um/a educador/a assistente que contribuía nos trabalhos de grupos. O processo de multiplicação transversalizava todos os módulos, de forma que ele estava presente do início ao fim da oficina e não apenas no final. Mesmo com as dificuldades do formato virtual, tanto para a execução quanto da elaboração, foram criadas metodologias para auxiliar no processo. Abordou os seguintes temas geradores: 1 - Conceito de Saúde e concepção de sociedade; 2 - história das políticas públicas de saúde no Brasil; 3 - Sindemia da covid-19; 4 - Orçamento e Financiamento do SUS; 5 - Modelo de atenção e organização dos serviços e ações no SUS; 6 - Multiplicação no SUS; 7 - Controle Social no SUS; 8 - Instrumentos de Planejamento no SUS. Participaram ao todo 2.536 pessoas diretamente deste processo formativo.

2 - Seminários Estaduais - Os seminários estaduais foram sugeridos na Fase 2 do projeto, isto é, na readequação, e tiveram como objetivo a mobilização dos/as participantes das Oficinas, conselhos, movimentos/entidades e a sociedade em geral para a defesa do SUS. O grande desafio foi a realização dos Seminários em formato totalmente virtual, através de transmissão pelo Youtube nos canais do CEAP e do CNS. A temática dos Seminários era a Defesa do SUS. O público eram os participantes das oficinas e lideranças de movimentos sociais, populares, sindicais e público em geral. Houve mais de três mil inscritos para os seminários e mais de 10.000 visualizações dos seminários gravados até o final de 2021.

3 - Curso de Ferramentas virtuais Participativas - O Curso de Ferramentas Virtuais Participativas foi sugerido na Fase 2, com o objetivo de apoiar as lideranças e conselheiros/as (especialmente dos conselhos estaduais), no uso das ferramentas virtuais. Foi uma demanda trazida especialmente pelos/as conselheiros/as de saúde em função da dificuldade de continuarem suas ações no formato virtual por não conhecerem e não saberem operacionalizar as ferramentas virtuais. Embora tenha sido uma urgência imposta pela Pandemia, o uso destas ferramentas permaneceu após o fim do isolamento social e é uma exigência cada vez mais urgente no exercício do controle social. Foram realizados 15 cursos, totalizando 350 participantes.

4 - Seminários da Comissão de Educação Permanente do CNS, Mesa do CNS e Equipe do Projeto - Os seminários tiveram o objetivo de pactuar o processo de execução, aprovar a metodologia e o material pedagógico para o desenvolvimento das atividades formativas e avaliar o andamento do projeto. Foram realizados três seminários e, como o próprio nome menciona, participaram deste seminário os/as integrantes da CIEPCSS, da Mesa Diretora do CNS e os/as educadores/as do Projeto e integrantes da Direção do CEAP.

5 - Seminário com os Presidentes, Coordenação de Comissão de Educação Permanente e Secretaria Executiva dos Conselhos Estaduais de Saúde - Os seminários reuniram os Presidentes, Coordenadores de Comissão de Educação Permanente e Secretários Executivos para pactuar as vagas e o

processo de seleção e mobilização dos participantes e o acompanhamento do processo de multiplicação.

6 - Materiais Educativos - Os materiais educativos seguem a mesma matriz conceitual e diretrizes da 1ª edição do Projeto. Ambos foram discutidos e pactuados no Seminário com a CIEPCSS, Mesa Diretora do CNS e Educadores/as. Inicialmente havia sido previsto o filme *SUS - Defesa da Vida (*versão com audiodescrição e libras)[12], a reedição atualizada da cartilha *O SUS e a Efetivação do Direito Humano à Saúde* (impressão da cartilha em Braile), a Plataforma Virtual, o Guia do/a Educador/a, além dos outros materiais, tais como: a) Plano de formação da equipe de educadores/as; b) plano de mobilização; c) kit dos participantes; d) kit dos educadores. Com a readequação do Projeto, além da revisão de parte dos materiais produzidos, foram desenvolvidos mais 4 audiovisuais para subsidiar as oficinas formativas: *Investir no Brasil e Financiar o SUS*[13], *Conhecer e Defender o SUS*[14], *Instrumentos de Planejamento do SUS e Ciclo Orçamentário*[15], *Controle Social no SUS*[16]*e Se não fosse o SUS*[17] (traduzido em três idiomas, audiodescrição e libras). Além disso, foi elaborada a série de 4 vídeos, resultante das entrevistas da Pesquisa Covid-19 e Controle Social no SUS: Impactos, dinâmicas, pautas e estratégias[18].

A Cartilha O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde foi publicada em uma versão totalmente virtual e acessível para leitura em celulares.

7 - Grupo de Pesquisas - A segunda edição do projeto incorporou como prioridade a pesquisa sobre a participação e o controle social na saúde/SUS. Na Fase 2, ampliou-se o objeto contemplando o contexto pandêmico. Contou com a participação de vários movimentos sociais e pesquisadores renomados no tema no Brasil e exterior, tendo como objetivo construir um diagnóstico sobre os impactos da covid-19 no controle social do SUS, bem como as alterações nas dinâmicas, pautas e estratégicas de suas instâncias.

12 Disponível em: https://youtu.be/sIw_pzPbTjo. Acesso em: 08 maio 2024.
13 Disponível em: https://youtu.be/nU3DZ2srg2g. Acesso em: 08 maio 2024.
14 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sF9L4oSVsXw. Acesso em: 08 maio 2024.
15 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=5JSRNxL0oqI. Acesso em: 08 maio 2024.
16 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=XRrtUTcGddg. Acesso em: 08 maio 2024.
17 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=itJh2ezK9YU. Acesso em: 08 maio 2024.
18 Disponível em: https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus. Acesso em: 08 maio 2024.

A pesquisa resultou em sete produtos: 1 - Análise das entrevistas que foram feitas com representantes das Mesas Diretoras e Comissões de Educação Permanente Dos conselhos Estaduais e do Distrito Federal; 2 - Vídeos com a síntese das entrevistas, como mencionados no tópico anterior; 3 - Revisão de escopo da literatura sobre saúde e participação social na América; 4 - Análise documental das Atas dos Conselhos Estaduais e do Distrito Federal de julho de 2019 a janeiro de 2021; 5 - Análise da estratégia de formação do Conselho Nacional de Saúde; 6 - Perspectivas para as pesquisas sobre controle social no SUS, realizada a partir de depoimento de pesquisadores brasileiros de referência no tema; 7 - Levantamento da estrutura e plano de necessidades dos Conselhos de Saúde dos estados e do Distrito Federal[19].

8 - Sistematização de Práticas - Essa atividade foi inserida na Fase 2 e buscou sistematizar novas práticas formativas de movimentos e entidades, principalmente a partir do uso de ferramentas virtuais. Foram sistematizadas 10 práticas, a saber: 1 - Curso de Formação em Plataforma Digital Moodle: Moodle para administradores e professores - (Central Única dos Trabalhadores - CUT); 2 - Curso de Formação Política Primeira Turma- Escola de Ativismo e Formação Política Beatriz Nascimento (Odara Instituto da Mulher Negra); 3 - Campanha Educativa Feminismo com quem está chegando (Universidade Livre Feminista - ULF); 4 - Curso de Formação EAD Morhan - (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase); 5 - Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde - (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST); 6 - Curso de Extensão Curso de Extensão Padre Hilário Dick: acompanhamento e assessoria pastoral para jovens (Pastoral da Juventude - PJ); 7 - Curso de Formação de Multiplicadores/as em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - Contag); 8 - Formação em Plataforma Digital: a experiência da ATER no Baixo Sul da Bahia Brasil - ATER MULHER Unisol (Unisol-2020 - Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários do Brasil); 9 - Formação na Ação e Formação através de Parcerias - (Movimento Nacional de População em Situação de Rua -MNPR); 10 - Territórios Livres, Tecnologias Livres - Formação sobre Internet-

19 Disponível em: https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus/. Acesso em: 08 maio 2024.

(Intervozes Coletivo Brasil de Comunicação Social -Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste -MMTR- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas - CONAQ)[20].

Pela descrição feita acima, inspirados nos princípios da educação popular e na Política Nacional de Educação Permanente, percebe-se que foi desenvolvido um processo formativo que contribuiu significativamente para o fortalecimento da rede de Conselhos de Saúde, atingindo milhares de pessoas em todas as unidades federadas. Cabe salientar que o processo ocorreu num contexto adverso, de ataques ao SUS, aos espaços de participação social e à democracia. Na sequência descrever-se-á a articulação das entidades e as condições construídas para viabilização destes processos formativos.

Articulação de entidades e diferentes papéis na construção do processo formativo

Os resultados do projeto descritos anteriormente só foram possíveis porque decorreram de uma dinâmica política e pedagógica construída a muitas mãos. Diversas pessoas e organizações se envolveram para ajudar a construir e implementar as duas edições do projeto. Sem isso, seria muito difícil implementar um projeto em todas as Unidades Federadas, tanto pela grande abrangência territorial, quanto pela rica diversidade cultural no Brasil.

Para esse engajamento amplo e diverso, quatro organizações tiveram um papel estrutural desde a formatação das propostas, até a sua implementação: CNS; CIEPCSS, OPAS e CEAP. E é sobre o papel dessas organizações, e a dinâmica política e pedagógica colaborativa adotada entre elas, que gostaríamos de tecer algumas reflexões em linha com os resultados apresentados.

Instituições responsáveis pelo Projeto

É fundamental que se busque as origens e a consolidação do projeto "Formação para o Controle Social no SUS"[21] e, respectivamente, o papel das

20 Livro disponível em https://ceap-rs.org.br/sistematizacao-de-praticas-populares/

21 A partir da 3ª Edição, em 2023, o projeto será denominado Participa +: Formação para o Controle Social no SUS.

instituições, a partir de dois elementos: a história e acúmulo das organizações responsáveis; e o contexto vivenciado à época da formulação e implementação das duas edições. Iniciemos pelo primeiro, e para efeito do que se pretende aqui, faremos apenas uma rápida descrição de cada uma delas.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde[22]. O CNS tem como estrutura o Pleno, a Presidência, a Mesa Diretora, as Comissões, as Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e a Secretaria Executiva. Dentre as dezenove Comissões, a CIEPCSS é "responsável por assessorar o CNS no acompanhamento da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPCSS) em âmbito nacional"[23].

A OPAS trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. O organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres[24].

O Fórum DH Saúde, criado no ano de 2016, reúne movimentos e entidades com caráter popular e mantém uma dinâmica e um processo organizativo *em rede*. É um espaço horizontalizado que se propõe fortalecer, formular e promover várias lutas e ações em defesa do Direito Humano à Saúde. Promove ações de elaboração e sistematização de conteúdos, ações formativas (seminários, cursos, rodas de conversas…) e articula ações de incidência

22 Ver CNS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br. Acesso em: 13 mar. 2021.
23 Ver CNS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br. Acesso em: 13 mar. 2023.
24 Ver OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/pt/brasil. Acesso em: 13 mar. 2023.

nacional e internacional. É um espaço aberto para entidades e movimentos que quiserem se somar nesta luta[25].

O CEAP, fundado em 1987, é uma organização da sociedade civil, não governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a Educação Popular como o elemento central da sua atuação. Como um centro de Educação e Assessoramento, o CEAP se propõe a contribuir com processos educativos de Sujeitos Sociais Populares, a sistematizar práticas de educação popular, fortalecendo o avanço das conquistas desses sujeitos. O objetivo estratégico do CEAP é fortalecer e promover a organização, a articulação e a visibilidade dos Sujeitos Sociais Populares como interlocutores das demandas populares[26].

Como demonstrado acima, as quatro organizações têm temporalidades, estruturas organizacionais e missões próprias. O CNS constitui-se como instância de controle social na saúde; a OPAS um organismo de cooperação técnica em saúde aos países das Américas, e dessa forma, com atuação intensa no Brasil; o Fórum DH Saúde um espaço de articulação e mobilização da sociedade em defesa do direito humano à saúde e; o CEAP, um Centro de Educação Popular.

Muito diferentes entre si, há alguns princípios institucionais importantes que as aproximam e permitiram a construção de um projeto que pudesse responder aos desafios do contexto geral e da saúde no Brasil e produzir os resultados anteriormente relatados. Destaca-se a atuação de todas no tema da saúde, como temática fundante da própria organização. O CEAP, mesmo que em seu início na década de 1980 tenha atuado em outros temas ao lado da saúde, aos poucos foi vocacionando sua atuação e hoje a saúde ocupa um lugar central. E o aspecto transversal importante a ser destacado nessa atuação no tema da saúde é a defesa dos sistemas universais de políticas públicas por essas organizações, que para o caso brasileiro, significa defender na saúde o SUS. Ou seja, a concepção de que a saúde é um bem coletivo e, portanto, deve estar acessível a toda pessoa humana.

25 Ver CEAP. Disponível em: https://forumdhsaude.org.br. Acesso em: 13 mar. 2023.
26 Ver CEAP. Disponível em: https://ceap-rs.org.br. Acesso em: 13 mar. 2023.

Um segundo princípio é a defesa intransigente da democracia. Ao mesmo tempo que essa defesa está na origem de todas elas, está também na "ordem do dia" da sua atuação recente. E, tendo em vista a sua atuação com saúde, é como se o lema da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, "Democracia é saúde, saúde é democracia", estivesse presente no DNA de cada uma delas.

Destaca-se, por fim, a aposta em processos formativos como caminho de qualificação e fortalecimento da democracia e da luta em prol do direito humano à saúde. Em todas as organizações envolvidas no projeto percebe-se uma preocupação permanente em potencializar iniciativas que permitam a reflexão sobre as experiências vividas, sobre a realidade, em vista da sua transformação. Mesmo que se reconheça a necessidade de outras estratégias políticas que caminhem juntas com a formação, as organizações compreendem que alijá-la da construção de processos emancipatórios é um limite estrutural. Paulo Freire já afirmava de que "se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda" (2000, p. 67). E essa necessidade de construir processos formativos ganha um ingrediente dialógico a mais, uma vez que consentem sobre a importância da educação popular fundamentá-los e orientá-los. Mesmo que em intensidades diferentes, dada a sua "natureza" institucional, elas acreditam que a educação popular potencializa processos de luta por direitos.

Essa similaridade de princípios presentes nas organizações, aliada à experiência longínqua nas respectivas atuações, criaram um ambiente propício para um diálogo em torno de um projeto comum. Assim que a crise política, social e econômica se intensifica a partir do ano de 2014, do qual trataremos a seguir, esses pressupostos permitiram que organizações, mesmo que com "naturezas" institucionais distintas, constituíssem um espaço político dialógico e colaborativo que alcançou os resultados e indicadores apresentados anteriormente.

Contexto de formulação a implementação do Projeto

Confirmando o enredo do golpe traçado contra a presidenta Dilma, iniciado em 2014 com o questionamento do resultado eleitoral, no ano de

2016 o Congresso Nacional, majoritariamente pressionado e mancomunado com diversas forças sociais, principalmente o capital rentista, apeou-a do cargo e com isso iniciou-se no país um ciclo de duros ataques aos direitos e à democracia (CEAP, 2018a). A agenda neoliberal, que saiu derrotada em várias eleições pretéritas, finalmente subia a rampa do poder central e podia se fazer implementar a um ritmo acelerado. A eleição de Bolsonaro em 2018 foi possível na esteira desse roteiro, de modo que o seu governo, muito embora tenha identidade própria, aprofundou as reformas neoliberais e, com isso, a crise política, social e humanitária no país.

A saúde, assim como outras políticas, foi vítima de vários ataques. Várias políticas foram extintas, o subfinanciamento e o desfinanciamento do SUS se tornaram uma constante com a aprovação da EC-95 e com a irresponsabilidade do governo Bolsonaro no enfrentamento da pandemia da covid-19, o caos humanitário se instalou no país (SMDH, 2021; CEAP, 2019, 2020, 2021).

Nesse período de 2014 a 2022, em que foram formuladas e executadas as duas edições do projeto, conforme descrição anterior, e iniciada a terceira, impôs-se um imperativo político às forças democráticas do país. A democracia era vilipendiada numa intensidade poucas vezes vista e era preciso construir estratégias de resistência, mesmo com as dificuldades organizativas diante do desmonte da participação social nos governos Temer e Bolsonaro.

As organizações entendiam que era possível, diante das características de cada uma, construir respostas conjuntas à conjuntura e que pudessem maximizar as suas potencializadas. Foi nesse "terreno", a partir de uma política e iniciativa do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que nasceu e se consolidou o projeto de Formação para o Controle Social no SUS, hoje na sua quarta edição, denominada de *Participa Mais*.

Mas qual o papel de cada organização? Qual a dinâmica construída e, aos poucos, revista e qualificada, que permitisse essa composição de organizações em prol de um projeto comum? É o que trataremos a seguir.

Papel das organizações e suas dinâmicas

A construção de um projeto comum, promovido pelo CNS, levantou uma primeira questão sobre o melhor formato político e metodológico que pudesse responder ao cumprimento dos papeis específicos. Por si só um grande desafio diante da dinâmica institucional de cada uma das organizações e da originalidade da proposta.

Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP

Por indicação e convite do CNS, diante do acúmulo em processos formativos na área da saúde, foi atribuído e confiado ao CEAP o papel pela execução do projeto. Esta tarefa contemplava tanto a responsabilidade jurídico-financeira quanto pedagógica.

No cumprimento desta incumbência, um papel importante, enquanto entidade executora, foi de construir "pontes" entre as quatro organizações responsáveis para que as mesmas pudessem contribuir para a construção do projeto agregando ideias e posicionamentos políticos. Por meio de diálogos permanentes, o CEAP articulou o CNS, a OPAS e o FDHS para que pudessem acompanhar, formular e deliberar sobre o projeto em seus espaços de discussão. Essa relação de diálogo permanente se deu também pela mediação política da Mesa Diretora, da Secretaria Executiva e principalmente da CIEPCSS, junto aos Conselhos Estaduais.

O segundo papel do CEAP, para efeito do objeto do presente texto, foi a coordenação pedagógica do projeto. Por ser um centro de educação popular e ter executado diversos processos formativos junto a conselheiros de saúde e lideranças de movimentos e organizações sociais, cabia ao CEAP promover espaços de reflexão e formulação entre as quatro organizações, entidades parceiras e a equipe pedagógica responsável pela implementação por cada atividade. Este trabalho de articulação envolvia a construção da estrutura e programas das oficinas, a criação de materiais pedagógicos e educativos, definição do público participante das atividades, a mobilização e aspectos

operacionais, a estruturação de um grupo de pesquisa e temas a serem refletidos e outros aspectos ou questões que nas edições específicas eram pautados.

Concomitantemente às reuniões e diálogos entre as entidades responsáveis e parceiras, o CEAP fazia a sistematização, crítica no intuito de construir propostas exequíveis e legítimas do ponto de vista dos sujeitos políticos implicados.

A partir desse papel de coordenação pedagógica coube também ao CEAP o apoio e condução metodológica da avaliação e sistematização dos resultados junto às entidades responsáveis e parceiros. Num movimento cíclico, esse processo avaliativo e de sistematização subsidiou a reformulação do projeto em novas edições, envolvendo as quatro entidades responsáveis e parceiros que gradativamente foram se somando à iniciativa.

Conselho Nacional de Saúde - CNS

O CNS, com sua experiência histórica de formação de conselheiros/as, da existência da política de formação permanente para o controle social no SUS[27] e a preocupação em dar respostas à conjuntura que tratamos anteriormente, teve um papel central ao reunir alguns movimentos sociais num seminário próprio para discutir o tema (CEAP, 2018a). E esse papel proativo do CNS, de buscar caminhos e alternativas para a viabilizar a formação, se manteve mesmo após o golpe da presidenta Dilma, que era um contexto de ataques às práticas e processos participativos.

Como promotor do projeto, o CNS confere legitimidade política fundamental à iniciativa, fruto da sua longínqua e qualificada atuação em prol do SUS e do controle social na saúde. E essa legitimidade se dá em dois níveis e que retroalimentam na execução do projeto: a primeira, junto às organizações sociais e a sociedade em geral e, a segunda, junto aos conselhos estaduais/distrital e municipais de saúde. Esse é, com certeza, um diferencial para a alta adesão dos conselhos de saúde e motivo do alcance dos resultados relatados.

27 Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 14 mar. 23.

Em decorrência de ser a entidade promotora do projeto e em linha com os mais de setenta anos de histórica, o CNC também foi uma das principais referências teóricas e políticas sobre a política pública de saúde no Brasil. Os temas, conceitos e questões pautadas pelas atividades do projeto, assim como a abordagem, orientavam-se a partir dos materiais publicados, das Atas das reuniões do Pleno e dos posicionamentos públicos dos seus membros e instâncias. Para o projeto, essa característica do CNS de ampla formulação política e de reflexão sobre os mais variados temas relacionados diretamente ou indiretamente ao tema da saúde, certamente contribuiu e qualificou a iniciativa.

Outro papel do CNS no projeto e que merece destaque é a sua alta capilaridade social e política. Que está relacionada à legitimidade, mas que dela se difere porque está associada a capacidade de dialogar e mobilizar seus pares que são os conselhos de saúde, mas que engloba também as organizações diversas e instituições públicas. O CNS, no percurso da execução do projeto, fez chegar as informações de forma ágil e precisa aos potenciais públicos participantes das atividades. Mas além de circular a informação, teve um papel fundamental no sentido de conseguir engajar e comprometer especialmente os conselhos de saúde de Norte a Sul do país. Importante frisar que essa capacidade mobilizadora somente é possível em decorrência da atuação e legitimidade da Mesa Diretora, mas também da existência de uma qualificada Secretaria Executiva e Assessoria de Comunicação.

Como já relatado, o CNS possui dezenove Comissões Interinstitucionais. A que acompanha e coordena o projeto de formação aqui em tela, além de outras iniciativas, é a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. O grau de acompanhamento que o projeto exige é muito grande e sem a tematização e monitoramento permanente do mesmo por uma das suas Comissões, nesse caso a CIEPCSS, a presença e cumprimento do papel do CNS, relatado anteriormente, seria muito mais difícil. E o fato da composição da CIEPCSS contemplar a presença de várias representações sociais, agrega muita qualidade ao projeto.

Por fim, cabe destacar o papel estratégico dos Conselhos Estaduais de Saúde. Mesmo que sejam autônomos e não façam parte da estrutura do

CNS, são parte da Rede Conselhos de Saúde[28] e, nessa condição, atuam de forma articulada e colaborativa. Isso o que, para o projeto aqui citado, foi fundamental uma vez que foram eles que contribuíram na divulgação e mobilização das atividades, eram responsáveis pela seleção dos participantes, marcação das datas e locais das oficinas e acompanhamento da multiplicação dos participantes. Por cumprirem esta função, foram realizados dois seminários nacionais em cada edição do projeto, um no início para a execução e outro no final para avaliar os resultados e formular as linhas da iniciativa vindoura. Articulado pela CIEPCSS, nestes participavam uma representação da Mesa Diretora e da Comissão Estadual de Educação Permanente dos Conselhos Estaduais e Saúde e um/a represente da Secretaria Executiva.

Organização Pan-Americana de Sáude/ Organização Mundial de Saúde no Brasil - OPAS/OMS

A OPAS/OMS no Brasil, dentre as instituições responsáveis, é a mais antiga e por isso acumula muita experiência em vários temas e frentes. Primeiramente, como já descrito, tem um acúmulo e aposta em vários processos educativos e uma relação com um grande grupo de entidades públicas e da sociedade civil. Essa expertise enriquece o processo por agregar um olhar a partir de múltiplas metodologias, temas e representações sociais.

Essa aposta e envolvimento em processos educativos qualifica um outro papel estrutural que a OPAS/OMS no Brasil, em parceria com o CNS, cumpriu para viabilizar as duas edições. Trata-se do dispêndio financeiro ao projeto e o respectivo acompanhamento sistemático da elaboração, execução, avaliação e sistematização do projeto. A qualificação e radicalização da democracia implica, entre muitos outros fatores, um investimento financeiro para que as representações sociais organizem as suas iniciativas e lutas sociais. Mas o simples aporte financeiro de igual forma não é suficiente. Para que fosse possível chegar aos resultados apresentados incialmente, foi importante,

28 A tarefa cumprida pelos Conselhos Estaduais se deu em diálogo com os Conselhos Municipais de Saúde. Mesmo que o envolvimento tenha se dado em intensidades diferentes, ambos merecem destaque por ajudarem a capilarizar e viabilizar as ações do projeto nos diversos territórios do Brasil.

também, que a OPAS/OMS - em seu papel de agente financiador - respeitasse que o CEAP, CNS e o FDHS tivessem grande autonomia na formulação e execução do projeto, sem renunciar à necessária transparência e racionalidade no uso dos recursos.

À OPAS coube também contribuir para que o projeto "ultrapasse" as fronteiras brasileiras. Como apresentado anteriormente, desde o início houve um investimento na pesquisa e processos reflexivos sobre a participação e o controle social na saúde. Para que fossem coerentes com o objetivo geral do projeto, foi necessário o desenvolvimento de metodologias que pudessem integrar pesquisadores de instituições de pesquisa e universidades, mas também representações de movimentos sociais e entidades que atuam no tema. A OPAS/OMS no Brasil contribuiu muito no debate de metodologias e formatação de espaços de reflexão e divulgação dos resultados do "achados". Essa tarefa teve, por parte da OPAS/OMS no Brasil, um apoio diferencial que foi a internacionalização das reflexões. Mesmo ainda muito insipiente, diante do estágio da pesquisa, a sua capilaridade nas Américas junto a governos e agentes da sociedade civil permitiu um diálogo da pesquisa com outros países, o que é uma exigência cada vez mais atual do Brasil diante da crise democrática no país.

Fórum DH Saúde

O Fórum DH Saúde é, entre as entidades responsáveis, a mais recente na sua experiência organizativa. Surgida a partir da conjuntura do golpe, a sua contribuição primeira foi na formulação da concepção do projeto Formação para o Controle Social. Os seminários e os diálogos bilaterais realizados pelo CEAP com os movimentos e entidades que compõe o Fórum tiveram ajudaram na leitura dos contextos e na construção de caminhos que pudessem responder ao mesmo desde o "lugar" da saúde.

E nesse sentido, muito embora o Fórum seja de data recente, a sua composição é feita por movimentos e entidades populares que com largo acúmulo no tema da participação e do controle social na saúde, assim como em processos formativos. Sendo a formação uma das marcas da atuação destes sujeitos, e

tendo a participação de uma diversidade temática e geográfica, foi no Fórum DH Saúde que reiterou a importância da participação autônoma das lideranças dos movimentos nas Oficinas e na pesquisa. A dizer, que as vagas para os/as participantes das Oficinas e da pesquisa fossem definidas em fóruns próprios e que não fossem definidas pelos Conselhos de Saúde. Isso traria uma diversidade maior de representações e permitiria a presença de novas movimentos/entidades, que ecoassem as lutas por direitos e da saúde atuais. E isso foi importante diante de uma compressão de alguns setores que atuam no espaço dos conselhos de políticas públicas no Brasil de que a participação em processos formativos deve se limitar a esses representantes. Essa prática tem se repetido no Brasil, o que dificulta a representação da diversidade social nos espaços formativos e contribui, inclusive, para uma baixa rotatividade dos conselheiros.

Outro papel singular cumprido pelo Fórum DH Saúde foi a divulgação e mobilização dos públicos para as diversas atividades, sobretudo, para as oficinas formativas que destinavam 30% das vagas para representantes oriundos dos movimentos e entidades sociais. Mesmo que as demais instituições tivessem uma grande abrangência e capilaridade social, o diálogo junto aos setores populares da sociedade teve a contribuição dos movimentos e entidades que o compõe. Para as oficinas, a estratégia construída foi a divisão prévia das vagas dos participantes para cada representação do Fórum, obedecendo as respectivas demandas específicas e conforme a abrangência da atuação. A partir desse critério, coube a cada movimento/entidade realizar a divulgação, a mobilização, a seleção e o apoio nas atividades de multiplicação.

Conclusão

A conhecida caracterização do ser humano como "eterno aprendente e ensinante", ecoada a partir das pegadas reflexivas de Paulo Freire, parece aplicar-se de igual maneira às organizações responsáveis pelo projeto Formação para o Controle Social no SUS. A retomada da sua "natureza" e missão institucional e seus respectivos papeis cumpridos têm mostrado a importância de cada uma para o alcance dos objetivos e resultados. Todas tiveram uma bagagem histórica,

política e pedagógica muito significativa a ensinar e a doar à iniciativa coletiva.

Mas também todas as organizações tiveram um alto grau de abertura dialógica no sentido de aprender, reaprender e enriquecer as suas experiências. Caminhar juntos a partir de histórias e naturezas distintas nem sempre foi fácil e, por isso, foi um grande desafio. E nesse sentido, talvez um dos grandes "achados" do projeto, ao lado dos resultados alcançados, foi o desenvolvimento de uma "prática colaborativa" entre organizações distintas para a construção de um projeto de formação com um horizonte comum.

Em tempos em que a reconstrução democrática e do SUS têm tamanha urgência e importância, talvez este seja um dos grandes imperativos políticos dos nossos tempos, a dizer, articular e mobilizar as forças e setores democráticos para marcharem juntos em causas como o fortalecimento da democracia e do direito humano à saúde.

E quiçá o projeto Formação para o Controle Social no SUS, agora, Participa +, continue como agenda prioritária entre o CNS/CIEPCSS, OPAS/OMS no Brasil, FDHS e CEAP. E que em um constante ensinar e aprender, junto aos diversos parceiros, ele se ressignifique permanentemente para responder aos desafios de cada contexto.

Referências

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Formação para o Controle Social no Sus - Concepção e viabilização do projeto. Coleção Formação para o controle social no SUS, v. I. Passo Fundo: Saluz, 2018a, 141 p.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Formação para o Controle Social no Sus - Concepção e viabilização do projeto. Coleção Formação para o controle social no SUS, v. II. Passo Fundo: Saluz, 2018b, 141 p.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Formação para o Controle Social no Sus - Concepção e viabilização do projeto. Coleção Formação para o controle social no SUS, v. III Passo Fundo: Saluz, 2018c, 141 p.

CEAP -– Centro de Educação e Assessoramento Popular. Formação para o Controle Social no SUS. Desenvolvimento das Oficinas. Coleção Formação para o controle social no SUS, v. IV. Passo Fundo: Saluz, 2018d, 126 p.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2019. Passo Fundo: EAB Editora, v. 2, 2019. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/relatorio/relatorio-2019/. Acesso em: 24 fev. 2024.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2020. Passo Fundo: EAB Editora, v. 3, 2020. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2021/12/relatorio_do_direito_humano_a_saudo_2020.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2021. Passo Fundo: EAB Editora, v. 4, 2021. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/relatorio/relatorio-2021/. Acesso em: 24 fev. 2024.

Freire, P. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

Kujawa, H. (org.). Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS. Porto Alegre/RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C: OPAS, 2021.

SMDH - Sociedade Maranhense de Direitos Humanos [et al.]. Violações dos direitos humano no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19. Passo Fundo: Saluz, 2021, 227p.

Desafios para o futuro das experiências híbridas populares[29]

Fábio André Diniz Merladet

Introdução

Embora já houvesse nas últimas décadas uma pressão crescente do ensino a distância e dos processos formativos virtuais sobre a educação presencial, as medidas de prevenção e protocolos de segurança para controle da covid-19 acabaram promovendo a adoção em larga escala de modalidades virtuais de educação. Em tal contexto, também as experiências de educação popular foram profundamente afetadas, de modo a buscarem toda sorte de adaptações de suas práticas para os ambientes virtuais. O cenário de isolamento social e de impossibilidade dos encontros presenciais obrigou a maioria de nós a fazer uso das tecnologias para seguir realizando atividades de formação, organização e articulação política, de modo que temos vivido "um momento histórico inédito que desafia a reinvenção dos processos de educação popular" (Jara, 2020).

Com a chegada das vacinas e o arrefecimento da pandemia, surge a possibilidade de conciliar atividades presenciais e virtuais em processos formativos híbridos. Longe de uma volta à educação presencial, o que temos visto é uma convivência cada vez maior com práticas formativas físicas e virtuais e, nesse contexto

> os ensaios, preocupações, intuições e problematizações insurgentes, recolocam a necessária ressignificação da Educação Popular como processo histórico permanente e que agora ganha novos ingredientes, novas exigências, novas condicionalidades e, talvez, novas realidades (Carbonari, 2022, p. 298).

29 O presente trabalho deriva do "Documento técnico contendo análise sobre os desafios, limites e possibilidades da formação em modalidade híbrida na educação popular", produzido pelo autor para a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

Como se pode imaginar, muitas dúvidas se apresentam sobre a possibilidade de se fazer formação à luz da educação popular em ambientes virtuais, especialmente sobre seus limites e possibilidades futuras em modalidades híbridas, e tais questionamentos têm ganhado crescente relevância entre as organizações e movimentos populares. Afinal, poderá a educação popular ser realizada de forma híbrida? Poderá a educação popular desenvolver processos formativos emancipatórios a partir de metodologias que conjuguem, criativamente e de diversas maneiras, os ambientes presenciais e virtuais?

Os desafios aqui apresentados são fruto de debates e pesquisas que vêm sendo desenvolvidos desde 2020, juntamente com o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e diversas organizações, comunidades e movimentos sociais. Nos últimos três anos buscou-se estudar os impactos da covid-19 na ação dos movimentos sociais (CEAP, 2020) e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) (CEAP, 2022a), sistematizar práticas organizativas e formativas emergentes de educação popular em ambiente virtual (CEAP, 2022b), desenvolver formas alternativas de uso das ferramentas virtuais convencionais (CEAP, 2021) e analisar as possibilidades, limites e desafios das experiências híbridas populares (Merladet, 2023), esforço do qual deriva o presente capítulo.

Compreendendo a importância de se pensar processos de educação popular em modalidades híbridas como uma perspectiva viável e necessária para fortalecer as lutas sociais, este trabalho tem como objetivo desenvolver um processo reflexivo sobre os desafios das experiências híbridas de educação popular, contribuindo com dados, posições e questionamentos para o debate sobre o tema. Neste esforço, procuramos conhecer melhor as potencialidades latentes das experiências híbridas populares, desafiando-as a ir na contramão das propostas convencionais, instrumentais e mercantis de ensino híbrido, de modo a contribuir para a reinvenção da educação popular e para a construção de redes interculturais de saberes, estratégias e lutas por outros mundos possíveis. Portanto, a finalidade deste trabalho é apontar e sugerir caminhos, propostas,

desafios e, porque não dizer, utopias para as experiências híbridas de educação popular. Treze provocações propositalmente polêmicas com o intuito de promover o debate e o engajamento sobre o futuro de tais experiências a partir de sinais, vestígios e evidências do que elas ainda podem vir a ser.

Desafio 1: Fazer um uso contra-hegemônico da formação em modalidade híbrida

A formação em modalidade híbrida pode ter uma face perversa, estando suas concepções hegemônicas a serviço de um pretenso "ensino híbrido": uma educação instrumental baseada na mercadorização (Martins, 2019), plataformização (Moraes, 2021) e massificação (Sguissardi, 2015) do ensino, bem como nos valores do individualismo, do empreendedorismo, da eficiência e da produtividade capitalista. Desde o ponto de vista da educação popular e dos esforços críticos de transformação social, é bastante evidente que os avanços tecnológicos não são neutros e que, em especial, as novas tecnologias da informação e da comunicação aplicadas na educação vêm sendo sistematicamente concebidas e gerenciadas para promover os interesses econômicos e políticos de seus idealizadores, criando grandes conglomerados corporativos, concentrando informação e poder nas mãos de cada vez menos pessoas e ampliando cada vez mais os riscos de subtração da diversidade de práticas educativas, excessiva fragmentação do conhecimento e maior capacidade de controle, vigilância e manipulação dos processos educativos. Comum a todas as análises críticas está a presença de um certo desconforto com o que as tecnologias digitais estão produzindo para nós (Benanti, 2021) e a percepção partilhada de que "as redes sociais e a internet, que se apresentaram credivelmente como a grande promessa de democratização da vida social e política, hoje estão se transformando no instrumento central do capitalismo de vigilância e da destruição da vontade democrática" (Santos, 2021, p. 24).

Mas em que pese todas as críticas, o fato concreto é que mesmo as comunidades e organizações que lutam por pautas identitárias e tradicionais buscaram fazer uso intensivo das novas tecnologias para levar adiante suas

lutas. E os movimentos que não souberam ou optaram por não as utilizar nos seus espaços formativos e organizativos, viram reduzir e não aumentar a sua capacidade de transformação social e presença no debate público.

De acordo com a pesquisa realizada pelo CEAP (2022a, p. 249-250), apesar das dificuldades, as experiências virtuais proporcionaram benefícios para os Conselhos de Saúde, tais como:

> [...] uma maior "produção" de reuniões dos Conselhos em relação ao número de reuniões, maior facilidade de atingir o quórum; a organização do Conselho no ambiente virtual também pode proporcionar uma maior aproximação com os Conselhos Municipais de Saúde devido à maior facilidade e velocidade de comunicação. O formato virtual também possibilitou uma maior transparência das reuniões do Conselho, podendo ser transmitidas através das redes sociais.

Nas entrevistas realizadas os conselheiros comentam que as soluções virtuais estão "contribuindo com as reuniões, é muito prático, todo mundo assiste e participa" (CEAP, 2022a, p. 64) e que isso tem permitido "avançar muito mais do que antes, porque naquelas reuniões que a gente não ia por causa do tempo de deslocamento, hoje a gente entra em segundos" (idem: 77). Nas vídeo-entrevistas (CEAP, 2022c), um dos conselheiros ilustra as vantagens do uso das tecnologias digitais:

> Eu, por exemplo, sou do interior do Estado, eu tinha que ir para São Paulo (capital) participar de uma reunião. A reunião era segunda feira de manhã, eu tinha que ir no domingo a noite. [...] Era muito difícil sair do interior do Estado para uma reunião de duas horas na capital. Não há necessidade disso mais.

Ainda segundo os entrevistados, com as ferramentas virtuais os conselhos têm "feito muito mais ações. [...] a gente tem conseguido fazer ações bem-feitas e bem propostas, com o propósito firme de defender o SUS" (CEAP, 2022a, p. 81).

A tecnologia pode estar a serviço do silenciamento dos sujeitos ou a serviço da possibilidade de dizerem a própria palavra. Os conceitos, os

instrumentos e até mesmo as instituições hegemônicas podem ser utilizados para fins contra hegemônicos, portanto, é preciso reapropriar a formação em modalidade híbrida e reinterpretar as tecnologias digitais, utilizando-as em função dos princípios e objetivos de uma educação libertadora. A tarefa não é pequena e envolve ampliar e desenvolver as características contra hegemônicas das práticas e experiências híbridas de educação popular, encontrando maneiras de se realizar atividades híbridas de forma emancipatória.

Parafraseando Brandão (2007, p. 99), as novas tecnologias e as experiências híbridas por elas possibilitadas são uma invenção humana e se em algum lugar foram feitas um dia de um modo, podem ser mais adiante reinventadas de outro, diferente, diverso e até oposto. Se em uma lógica elas servem à reprodução da desigualdade e à difusão de ideias que legitimam a opressão, em outra podem servir à cultura da solidariedade e à criação de saberes e práticas que sejam úteis às lutas emancipatórias travadas em defesa da transformação social.

Desafio 2: Descolonizar, despatriarcalizar, desmercantilizar e democratizar as experiências híbridas

Sendo coerente com um uso contra hegemônico do ensino híbrido, é preciso descolonizar, despatriarcalizar, desmercantilizar e democratizar as tecnologias, instrumentos e ferramentas que permitam o diálogo, a formação, a organização, a participação e a articulação dos oprimidos.

Descolonizar significa combater a discriminação racial e a colonialidade do saber produzidas ou legitimadas pela educação em todas as suas múltiplas formas. Despatriarcalizar significa combater o machismo e a desigualdade de gênero que ainda perdura nos processos de ensino-aprendizagem, considerando inaceitável toda e qualquer discriminação sexual e toda e qualquer prática ou conhecimento que sugira ou resulte na subalternização feminina. Desmercantilizar significa combater o direcionamento que o capital pretende dar à formação em modalidade híbrida, indo na contramão não só das políticas de privatização e empresariamento da educação, mas também de seus diferentes

níveis de mercadorização, potencializados pelo desenvolvimento tecnológico. Por fim, democratizar significa não apenas popularizar as atividades híbridas, ampliando o acesso às tecnologias e ferramentas virtuais, mas também orientá-las para a democratização dos saberes e das relações sociais.

Desafio 3: Reduzir, tanto quanto possível, a exclusão digital

A tarefa de democratização das experiências híbridas nos leva ao compromisso de reduzir, tanto quanto possível a exclusão digital. Ninguém deve ser deixado para trás, esse é o princípio básico de uma educação progressista.

O desafio aqui é muito exigente, pois a desigualdade de acesso às tecnologias digitais é gritante:

> A disseminação do novo coronavírus em todo o mundo e o apelo de inúmeros governos ao teletrabalho e ao ensino a distância durante o confinamento mostraram que a internet deve ser um bem público, uma necessidade básica no século XXI, como água corrente, gás e eletricidade. No entanto, a satisfação dessa necessidade em nível global é um objetivo longínquo (Santos, 2021, p. 133).

O acesso à internet foi declarado um direito humano pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2016, no entanto, o seu cumprimento está longe de ser uma realidade. O estudo "TIC Domicílios 2021", do Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI (2022), revela que cerca de 20% dos domicílios brasileiros não possuem acesso à internet e mais de 60% não possuem computadores ou notebooks. A proporção se torna ainda mais significativa quando se considera um recorte de classe social: enquanto a ausência de internet atinge quase metade das famílias de baixa renda, menos de 1% das famílias mais abastadas não possuem conexão. Já a pesquisa "Educação não presencial na perspectiva dos estudantes e suas famílias", encomendada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento ao Datafolha (2021), demonstra que o celular é o equipamento mais utilizado por 84% dos estudantes, sendo que aproximadamente 40% desses estudantes precisam dividi-lo com outras pessoas.

As desigualdades de acesso se revelam na ausência de espaços físicos adequados, na falta de equipamentos e de conectividade ou baixa qualidade dos mesmos, quando existentes, e na pouca ou nenhuma familiaridade com as plataformas e ferramentas digitais, resultando em todo o tipo de dificuldades de participação em atividades virtuais. Conexões instáveis e de pouca velocidade realizadas através de equipamentos inapropriados para as atividades é a realidade de grande parte dos que participam virtualmente de experiências híbridas.

Nas entrevistas realizadas pelo CEAP (2022a, p. 127) pode-se constatar que "a grande dificuldade hoje da capacitação é o acesso à internet, porque todo mundo sabe que internet é cara, é paga, e muitos não têm sequer um hardware, um computador". E ficou também evidente que:

> A limitada estrutura dos equipamentos de informática disponível, o sinal de internet contratado, o acesso a plataforma virtual estável (limitações das ferramentas gratuitas) e a condição técnica (habilidade profissional e pessoal para realizar as atividades nessa modalidade) estão entre os principais problemas de estrutura e recursos (idem, p. 251).

Não pode ser aceitável que o uso da tecnologia resulte na invisibilidade, marginalização, exclusão ou silenciamento de quem quer seja. A internet, os equipamentos, as plataformas e as ferramentas digitais devem ser tratados como um direito humano, um bem comum não comercializável e de acesso universal. Portanto, esforços devem ser feitos para garantir que todos os participantes tenham acesso aos recursos e tecnologias necessários, bem como instrução e treinamento para operá-los, de modo que a implementação de experiências híbridas não resulte no agravamento da situação daqueles que já se encontram em condições de maior vulnerabilidade.[30]

Mais uma vez, as entrevistas realizadas com os conselheiros de saúde nos dão uma ideia dessas desigualdades:

30 De acordo com a pesquisa do CEAP (Carbonari, 2022, p. 289), para além da dificuldade de acesso às tecnologias digitais, há uma falta de conhecimento e domínio para a operação das ferramentas disponíveis nas plataformas utilizadas. Nem todos entram com as mesmas ferramentas e com capacidade de uso delas, o que gera impactos significativos nas condições de igualdade ofertadas pelos processos formativos.

> No Amazonas, eu penso que a questão da formação utilizando ferramentas que sejam on-line não vai funcionar muito bem, porque a internet é muito ruim mesmo. Se for para o interior, fica ainda pior (CEAP, 2022a, p. 138).

> É difícil com tudo, não é só com a saúde: é com a alimentação, tem crianças que estudam dentro de um barco (idem, p. 89).

> Esse é o maior desafio, que eu vejo hoje, principalmente para nós da região Norte [...]. Eu tenho um município aqui que passa de 3 a 4 dias sem internet. Mas é sem internet mesmo, não tem nem telefone (idem, p. 236-237).

As experiências híbridas devem ser sempre pautadas pelo princípio da promoção da igualdade e, para tanto, é preciso avaliar os contextos e as condições para o uso de abordagens híbridas, bem como a infraestrutura e recursos para implementação adequada, considerando um olhar de equidade que garanta o direito à educação de qualidade para todos, respeitando fatores externos mas fundamentais para a aprendizagem, como espaço de estudo, acesso igualitário a equipamentos e conexão, contexto familiar e saúde mental do aluno e educador (Blikstein et al., 2022, p. 12).

A implementação eficaz da diversidade de práticas e experiências educativas em ambientes híbridos depende da existência de infraestrutura adequada. É fundamental garantir que comunidades, organizações, educadores e educandos tenham conexão wi-fi à internet e acesso a dispositivos móveis ou computadores, de modo que as atividades a serem realizadas considerem previamente o tipo, qualidade e condições de acesso dos participantes às tecnologias digitais, bem como as ferramentas virtuais mais adequadas ao contexto dos educandos e aos objetivos propostos.

Por fim, para que as tecnologias digitais e as experiências híbridas por elas possibilitadas possam vir a ser um bem comum a serviço de outros mundos possíveis é preciso que elas sejam apropriadas pelos movimentos sociais. A ampliação da relevância e abrangência das experiências híbridas populares passa pela criação de condições para que as comunidades, organizações e

movimentos tenham domínio e controle sobre as tecnologias digitais que utilizam, de modo que possam propor, organizar e realizar atividades híbridas em seus próprios contextos e a partir de suas próprias necessidades, tal como fazem com os círculos de cultura.

Desafio 4: Promover, a partir de experiências híbridas, uma ecologia de práticas educativas

Os interesses de mercadorização e plataformização da educação trazem consigo um risco à diversidade pedagógica devido à necessária padronização das práticas e processos educativos para que seus projetos e investimentos atinjam um público mais amplo e sejam mais lucrativos. Por trás das propostas de "personalização da educação" oferecidas pelas EDtechs,[31] há, na verdade, uma tentativa de impor um modelo único que possa ser amplamente utilizado para ensinar qualquer coisa, a qualquer pessoa, em qualquer lugar. Contrariamente ao ensino híbrido hegemônico, que retira sua força das práticas exclusivas que produz, as experiências híbridas populares retiram a sua força da exclusividade da configuração de práticas educativas que proporcionam.

A possibilidade de se conjugar ambientes presenciais e virtuais para processos de formação, organização e participação oferece muito espaço para a experimentação pedagógica e deve ser aproveitada sempre de forma a ampliar a diversidade de práticas educativas, nunca no sentido de reduzi-las. Não devemos nos limitar nem à mera transposição da didática de sala de aula para o ambiente virtual, nem à educação instrumental proposta pelas concepções hegemônicas de ensino híbrido. É preciso que as experiências híbridas populares sejam pautadas pela flexibilidade metodológica e pela inovação pedagógica, delineando estratégias, abordagens e ações para a combinação de ambientes e ferramentas virtuais de acordo com as necessidades de cada contexto educativo. A pluralidade de práticas educativas nas experiências híbridas não é um sinal de fraqueza ou inconsistência metodológica e sim

31 De acordo com Horn e Staker (2015), a personalização da educação é uma "aprendizagem sob medida para os pontos fortes, as necessidades e os interesses de cada estudante – incluindo permitir que eles expressem e escolham o que, como, quando e onde aprendem – para proporcionar flexibilidade e apoio para assegurar o domínio dos padrões mais altos possíveis".

de riqueza e de celebração da diversidade de formas de se apropriar das tecnologias digitais.

> O fato de não haver uma única compreensão é exatamente sinal da força da formação como prática refletida no seio das organizações e movimentos. Não há um modelo que é reproduzido mimeticamente pelos vários agentes. Pelo contrário, a criatividade e a experiência se articulam, ainda quando é necessário inovar ultrapassando limiares de conforto. [...] O principal sinal de que a Educação Popular está viva é perceber a ausência de unanimidade e a forte presença das buscas e construções alternativas reveladas pelas práticas (Carbonari, 2022a, p. 294-295).

Defendemos que a formação em modalidade híbrida útil à educação popular deve ser composta pela mistura de muitos saberes, muitos métodos e muitas epistemologias, muitas formas de ver o mundo e de ensinar a ver o mundo. Portanto, há que se promover nas experiências híbridas de educação popular a defesa de uma ecologia de práticas educativas libertadoras que possam contribuir para a justiça cognitiva e para a emancipação social.

Desafio 5: Aproveitar o possível potencial emancipatório de todos os instrumentos e ferramentas disponíveis

Uma das consequências da promoção da ecologia de práticas educativas é a diversificação dos formatos, espaços e métodos, mas também das tecnologias, equipamentos, instrumentos, plataformas e ferramentas virtuais utilizados.

Sabemos que softwares e serviços de tecnologia são disponibilizados sem custos, em um primeiro momento, para fidelização e venda futura, além de extração de dados dos usuários para comercialização e melhoria dos próprios produtos. Com práticas como essas, grandes corporações passam a dominar não só o mercado, mas também um enorme volume de informações sobre os utilizadores, colocando à baila questões de privacidade, vigilância, proteção de dados e manipulação dos usuários. Não por acaso, o filosofo coreano Byung-Chul Han (2018) nos traz a ideia de "panóptico digital" e Ricardo Abramovay

(2018) argumenta que a capacidade de "recolher, armazenar, processar e interpretar dados pessoais é o meio fundamental para a expansão de um poder empresarial inédito na história do capitalismo".

É, sem dúvida, necessário lutar contra o monopólio das grandes corporações que se apropriam de informações pessoais dos usuários para benefício privado. No entanto, dadas as condições desfavoráveis em que o combate se trava, não podemos nos dar ao luxo de dispensar nenhum dos instrumentos que estiverem ao nosso dispor. Isso implica admitir o uso das tecnologias e ferramentas digitais criadas e comercializadas pelas grandes corporações.

A concepção, desenvolvimento e uso de softwares livres devem, evidentemente, ser incentivados e promovidos, mas a luta pela utilização de tecnologias livres e de código aberto terá que vir de par com a luta pela utilização contra-hegemônica das tecnologias dominantes. Grande parte dessas tecnologias, equipamentos e ferramentas já fazem parte do nosso dia a dia e não nos parece factível a realização de atividades híbridas sem a utilização crítica de muitas delas. Mais uma vez, as entrevistas realizadas com os conselheiros de saúde ilustram esse debate:

> [...] não podemos ser hipócritas porque a gente vive no Facebook, no Twitter e no Instagram. Acho que se fazia uso disso para atividades irrelevantes. E agora estamos usando as mesmas ferramentas para coisas que tem relevância (CEAP, 2022a, p. 126).

Defendemos que profanar instrumentos e ferramentas hegemônicos pode, em muitos casos, ser uma forma de subversão mais eficaz do que negá-los. Portanto, tal como proposto no desafio 1, é preciso subverter as práticas, processos, equipamentos, instrumentos, plataformas e ferramentas de dominação, dando a elas um sentido emancipatório, ou seja, é preciso conceber formas de utilizar as ferramentas hegemônicas de forma contra-hegemônica.

Temos vindo a chamar essas tecnologias digitais de "ferramentas virtuais participativas" (CEAP, 2021), entendendo que há possibilidade (e necessidade) de uma ressignificação crítica e pedagógica delas e que muitos desses instrumentos

digitais, mesmo tendo sido desenvolvidos com outros propósitos, podem vir a ser utilizados para promover a participação, a interação e o engajamento dos participantes em experiências híbridas de educação popular.

Desafio 6: Melhorar as condições de trabalho dos educadores

A luta dos motoristas e entregadores que trabalham para aplicativos contra a ausência de direitos a que são submetidos demonstra que o fenômeno da "plataformização" costuma vir acompanhado da precarização das condições de trabalho.

> E isso já está indo muito além dos trabalhos de aplicativos de entrega e transportes. Já alcançou a educação e a saúde com trabalhadores sem relações formais e com mão de obra intermediada por plataformas e aplicativos (Moraes, 2021).

Mas mesmo antes das ofertas de ensino realizadas por aplicativos, a forma como estavam sendo tratados os docentes dos cursos de educação a distância já era bastante problemática, com aulas gravadas e avaliações padronizadas sendo repetidas pelas empresas que fornecem cursos de EaD em centenas de turmas para milhares de alunos. Sob a aparente vantagem da flexibilidade, por vezes, se esconde a superexploração do trabalho.

Para além da precarização e intensificação do trabalho docente, com ampliação da vigilância, das horas de trabalho e do número de alunos, menor remuneração, gestão por metas, avaliação individualizada de desempenho e pressão por resultados mensuráveis que exigem superprodução e superdesempenho causando esgotamento físico e psicológico, as tecnologias que permitem o ensino virtual tem sido utilizadas como meio de se terceirizar, fragmentar, desvalorizar e, no limite, substituir o trabalho dos educadores por processos educativos baseados em inteligência artificial.

Contra a tendência de desvalorização e desprestígio profissional, as experiências híbridas populares devem reconhecer nos educadores o que sempre foram: sujeitos fundamentais e insubstituíveis do processo de ensino-

aprendizagem. Não é o educador que auxilia as interações dos educandos com as ferramentas digitais, são as ferramentas digitais que auxiliam as interações dos educandos com o educador. Esse sentido não deve nunca ser invertido em experiências que se pretendam populares. Longe de ser meramente um tutor ou monitor dos educandos, o educador é o intelectual que concebe e coordena o processo educativo, utilizando criticamente as tecnologias disponíveis a seu favor, com o objetivo de contribuir para a formação e a consciência crítica dos educandos.

Tal como propunha Freire em sua Pedagogia do Oprimido, nas experiências híbridas populares, sem deixar de reconhecer os educandos como sujeitos de saberes, o educador é protagonista do processo educativo. O que nos leva ao desafio 7.

Desafio 7: Promover a formação de educadores

É preciso qualificar a habilidade dos educadores no uso de novas tecnologias, recursos digitais e arquitetura de experiências híbridas populares, para que se sintam aptos a criar (e não apenas conduzir) atividades autênticas, engajadoras, subversivas e com contribuições significativas que possam ir além da mera transposição das aulas presenciais para o ambiente virtual. A ampliação das experiências híbridas populares requer que os conteúdos da formação de professores sejam reformulados, de modo a contemplar o uso crítico, efetivo e progressista das tecnologias digitais e a integração dinâmica e criativa entre os ambientes virtuais e presenciais. Essas novas demandas para a formação docente são significativamente diferentes das qualificações necessárias para promover a educação presencial e exigem dos educadores dedicação, disponibilidade e abertura para novas aprendizagens.

> É essencial contemplar o redesenho de parâmetros para programas de formação docente, de forma que passem a abarcar habilidades de autoria com tecnologia e desenvolvimento de pensamento crítico com relação a suas aplicações; o apoio, para que seja possível o processo de experimentação e consolidação dessas novas habilidades

> digitais; a garantia de tempo de planejamento na carga horária e o estabelecimento de programas de autocuidado e saúde mental para professores (Blikstein et al., 2022, p. 27).

O conhecimento crítico com relação aos efeitos, implicações e riscos pedagógicos, socioeconômicos e políticos do uso das tecnologias, bem como o papel de curadoria, desenho, escolha de combinações e emprego assertivo dos recursos digitais mais adequados em diferentes contextos é uma prerrogativa do educador. Não há qualquer possibilidade de avanço das experiências híbridas populares sem a formação deste tipo de educadores e, no entanto, poucos são os que possuem atualmente um domínio realmente aprofundado das novas tecnologias.

Experiências como o "Curso de Ferramentas Virtuais Participativas"[32] podem ser úteis para que os educadores compreendam a fundo o funcionamento, possibilidades e limites das tecnologias, plataformas, equipamentos, recursos e ferramentas virtuais, bem como o contexto em que estão inseridas e a quem elas servem. Só com este domínio será possível dar às tecnologias um direcionamento progressista em atividades híbridas populares. É o que Santos (2012) chama de "rebeldes competentes": competentes, porque conhecem profundamente as teorias, conceitos e instrumentos hegemônicos, mas também rebeldes, porque capazes de subvertê-los dando a eles um uso emancipatório.

Desafio 8: As experiências híbridas populares devem ser dialógicas e cooperativas

Entendemos que não há espaço na educação popular para propostas de "plataformização da educação", "educação instrumental", "personalização do ensino" e "aprendizagem autodirigida" ou "automatizada por algoritmos de inteligência artificial". É evidente que se pode aprender sem a mediação de outros

32 O curso integrou o projeto "Formação para o Controle Social no SUS – 2ª edição", executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Foi realizado nos meses de julho e agosto de 2021, abrangendo centenas de participantes de todas as unidades federativas, e teve como um de seus resultados a produção de um "Guia de Ferramentas Virtuais Participativas" (CEAP, 2021), que está em sua segunda edição.

seres humanos e as referidas propostas estão aí para demonstrar isso, mas a questão que se coloca é se isso é desejável. Defendemos que o diálogo e a cooperação sejam fundamentos epistemológicos e políticos dos processos de ensino-aprendizagem que envolvam a combinação de ambientes presenciais e virtuais, de modo que toda e qualquer proposta educativa que dispense ou relativize a importância do encontro, do diálogo, da convivência e da cooperação entre os educandos e entre estes e os educadores deve ser vista com profunda desconfiança por aqueles que pretendem contribuir para uma educação libertadora.

No título de um dos capítulos mais bonitos da sua "Pedagogia do Oprimido", Freire (2011, p. 95) é categórico em afirmar que: "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo". De acordo com Freire (2019), a dialogicidade é a essência da educação como prática da liberdade, portanto, é fundamental que as experiências híbridas populares ocorram de forma relacional, dialógica e colaborativa, com foco no compartilhamento de experiências, no acolhimento das diferenças e na construção do conhecimento por meio de interações reais entre os participantes. Isso requer a criação de ambientes que saibam ir além da simples transmissão de conteúdos, com viabilização da efetiva convivência e troca de saberes entre os participantes.

> Para que a educação exista, deve haver o outro do outro lado da tela. Um outro que tem um rosto, que pode ser um semblante de muitas pessoas, mas que é constituído na relação, seja pela linguagem oral, escrita ou pictográfica, seja pela sensibilidade de acolhê-lo em sua diferença (Gomez, 2015, p. 108).

> A Educação Libertadora/Popular deve prezar pela colaboração entre os envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem, fornecendo-lhes o ambiente dialógico necessário para que pronunciem o mundo em comunhão (Malaggi; Teixeira, 2019, p. 221).

Tais argumentos em defesa do diálogo como base do processo educativo podem ser vistos como uma obviedade, e são, mas precisam

ser reafirmados dado o avanço de propostas educativas contrárias a esse princípio fundante da educação popular.

Desafio 9: Avançar na concepção e no desenvolvimento de novas formas de produção coletiva de saberes

Tanto virtual como presencialmente o conhecimento pode ser produzido de modo colaborativo ou individual. Ocorre que nos processos educativos libertadores há uma busca comungada por desvelar a realidade, de modo que é cada vez menos aceitável que a autoria se realize no isolamento.

"A cabeça que pensa sozinha é muito perigosa" (Galeano, 2012). Desde o ponto de vista da educação popular, a produção do saber deve ser coletiva, sendo o conhecimento produzido por muitas vozes e muitas mãos, entre todos e não pela clarividência de grandes intelectuais que, no trabalho recluso e solitário, concebem os caminhos da emancipação. Daí que:

> Tão importante quanto saber como criar conhecimentos oportunos e humanizadores é saber como ampliar o círculo dos seus criadores, dos seus participantes e dos seus beneficiários diretos (Brandão, 2007, p. 45).

O desafio aqui é o de as experiências híbridas populares serem capazes de se inserir em um movimento de deslocamento da produção do saber que, segundo Carrillo (2015, p. 18), tem caminhado

> da centralidade dos investigadores comprometidos e das suas iniciativas e orientações estratégicas ao protagonismo das organizações e movimentos sociais que se convertem em espaços intencionais de produção do conhecimento, nos quais os investigadores especializados passam a ocupar um lugar como acompanhantes.

Uma mudança que tem deslocado o protagonismo da produção do conhecimento para as lutas sociais.

Defendemos que as metodologias híbridas e as ferramentas virtuais participativas podem ampliar o rol de possibilidades para que o conhecimento

seja efetivamente produzido pelos oprimidos, através da introdução de recursos e instrumentos incentivadores da produção coletiva. As experiências híbridas populares possuem potencial para tornar possível o melhor uso que poderia ser feito da virtualidade: interligar as experiências, imaginações e conhecimentos de todos os participantes para gerar cooperativamente novas aprendizagens e novos saberes. Uma apropriação e recriação plural e intersubjetiva de conhecimentos capaz de gerar pesquisas participativas nas quais a definição tanto dos temas, problemas e hipóteses, como do método investigativo, construção dos resultados e formulação de propostas sejam consequência das inquietações e aspirações dos participantes. Através de diferentes processos, as experiências híbridas populares podem vir a construir uma complementariedade entre educação e pesquisa, na qual se desenvolve "a educação como exercício investigativo e a investigação como experiência formativa" (Carrillo, 2010, p. 23), contribuindo para que as comunidades, organizações e movimentos produzam coletivamente seus próprios saberes, valores, métodos e conhecimentos.

É, portanto, preciso avançar apostando em espaços, ferramentas e metodologias híbridas, flexíveis e inclusivas que incorporem elementos tanto da presencialidade quanto do espaço virtual no desenvolvimento de novas formas de produção coletiva do conhecimento, no fortalecimento de projetos de investigação protagonizados pelo próprios participantes e na ampliação de pesquisas e trabalhos colaborativos cuja concepção, percurso e resultados sejam fruto do diálogo aberto entre os múltiplos saberes, expressando a diversidade e riqueza das aprendizagens recíprocas, das construções conjuntas, do saber compartilhado e das articulações promovidas no enfrentamento aos conhecimentos que legitimam a opressão e a injustiça.

Desafio 10: Humanizar as relações entre os sujeitos

É sabido que nos espaços virtuais as conexões são enormemente ampliadas, só que às custas de sua qualidade e profundidade. A virtualidade

possibilita a participação e interação de um número muito maior e diverso de pessoas, só que de forma mais superficial.

> O advento da proximidade virtual torna as conexões humanas simultaneamente mais frequentes e mais banais, mais intensas e mais breves. [...] A distância não é obstáculo para se entrar em contato, mas entrar em contato não é obstáculo para se permanecer à parte (Bauman, 2004, p. 83).

Os tipos de interação online e de vínculos sociais possibilitados pelas tecnologias de comunicação são, em geral, de baixa intensidade, favorecendo a superficialidade das relações, a partilha do que é trivial e a solidariedade que não implica riscos. Há grande dificuldade de se estabelecer laços de confiança e amizade e de se efetivar uma convivência autêntica com geração de intimidade e cumplicidade. Perde-se, assim, a referência física, a comunicação direta, o toque humano, a mobilização de afetos e a humanidade das relações:

> Enfim, é de se perguntar se a amorosidade tão necessária à dialogicidade, sempre experimentada mais intensamente na proximidade, pode ser efetivamente vivida, experimentada, sentida e sabida nos ambientes virtuais, a fim de entender até que ponto pode afetar o modo de fazer ou até mesmo afastar a possibilidade de realizar práticas formativas em ambiente virtual com integralidade, integridade e, especialmente, omnidimensionalidade, assim como se propõe que seja a Educação Popular (Carbonari, 2022a, p. 297).

O que está em jogo nos processos levados a cabo pelas experiências híbridas populares é como contribuir para essa amorosidade, ou seja, para a criação de laços fortes de solidariedade e para o encontro fraterno e humano das comunidades, das lutas, dos movimentos, dos oprimidos do mundo.

Defendemos que as tecnologias virtuais podem criar um espaço interativo que, quando usado criticamente e em sintonia com encontros presenciais, é capaz de gerar experiências educativas e participativas que privilegiem a diversidade, criatividade, solidariedade e rebeldia das lutas sociais por outros mundos possíveis, vislumbrando possibilidades de diálogo, aprendizagem, colaboração

e articulação entre os envolvidos. Para isso, as experiências híbridas populares devem mesclar espaços virtuais e presenciais de modo a criar momentos particularmente intensos de co-presença, gerando aprendizagens através de vínculos de pertencimento, afeto e comunhão entre os participantes.

São fundamentais nesse sentido as místicas, dinâmicas e rituais, ao promoverem laços afetivos e de companheirismo; as festas, jantares e atividades culturais que, conciliando alegria, utopia e ação transformadora, criam fortes vínculos de pertencimento; e o contato direto com o sofrimento humano injusto que, seja através de atividades realizadas presencialmente nos territórios ou da organização de visitas às zonas onde as violações de direitos ocorrem, acaba por despertar a compreensão testemunhal e o sentimento de indignação e revolta, subjetividades rebeldes e paixões mobilizadoras capazes de provocar uma relação imediata e intensa com as lutas contra a opressão e a injustiça.

Dado que as atividades exclusivamente virtuais são pouco favoráveis a dinâmicas como essas, que propiciam encontros, diálogos, aprendizagens, compromissos e solidariedades mais profundos, somos levados ao próximo desafio.

Desafio 11: Utilizar os espaços virtuais como coadjuvantes dos espaços presenciais

De acordo com Bauman (2004, p. 138), a experiência compartilhada é inconcebível sem que haja um espaço compartilhado. Evidentemente, este espaço compartilhado pode ser virtual, e as muitas experiências ao longo da pandemia demonstraram isso. No entanto, para humanizar as relações promovendo a amorosidade, defendemos que os espaços virtuais das experiências híbridas populares devem ser utilizados como coadjuvantes dos espaços presenciais, ou seja, devem ser preferencialmente encarados como um apoio complementar que não substitua o tempo presencial nem o papel do educador.

As experiências virtuais devem agregar valor às experiências presenciais complementando-as com novos modos, tempos e espaços de diálogos e aprendizagens partilhadas, mas nunca com a pretensão de substituí-las. A conjugação com ambientes digitais é bem-vinda e, se bem utilizada,

pode enriquecer a trajetória formativa, mas a centralidade dos processos de formação, organização e participação deve, sempre que possível, permanecer nas experiências presenciais.

A presença física estabelece um outro nível de vivência formativa, capaz de gerar a imersão em diálogos, aprendizagens e articulações de alta intensidade, deixando marcas profundas nos participantes, promovendo o convívio com as diferenças e tornando possível a coordenação de ações conjuntas.

> Quando tem atividades presenciais eu levo todo mundo pra dentro da sala e lá eu tenho recursos, tenho material impresso, uso vídeos e consigo ter essa imersão porque as pessoas estão lá só pra isso. Nas reuniões online as pessoas tem a boa vontade de participar, mas muitas vezes não ocorre essa imersão porque elas estão sempre fazendo outras coisas: precisam cuidar do almoço, precisam cuidar dos filhos (CEAP, 2022c).

Nas atividades presenciais da educação popular ocorrem dinâmicas de afeto e solidariedade que nos levavam a tocar o Outro e, portanto, a senti-lo de uma maneira diferente. Os diálogos, aprendizagens e articulações de alta intensidade pressupõem o compartilhamento de saberes e práticas, mas também a presença física, a comunicação corporal, a exploração compartilhada dos sentidos, a intimidade afetiva, o envolvimento emocional e a coragem de assumir riscos em decisões e ações coletivas.

Não por acaso, as entrevistas com os conselheiros de saúde estão repletas de depoimentos nesse sentido:

> Começamos a trabalhar nas plataformas, fizemos reuniões pelo Zoom, mas não é a mesma coisa do que a gente tá ali, olhar olho no olho do secretário, cobrar daquele gestor, cobrar daquele conselheiro, daquele convidado (CEAP, 2022a, p. 60).

> [...] não existe coisa melhor do que a gente estar olho no olho, presencial (idem, p. 199).

> [...] quando realizadas presencialmente, as plenárias de conferências e conselhos são debate caloroso, é pele a pele (idem, 2022a, p. 141).

Conscientes disso, as experiências híbridas populares devem se esforçar não apenas para que os espaços presenciais sejam predominantes, mas sobretudo para que, como foi dito no desafio anterior, tais espaços sejam permeados por místicas, canções, rituais, danças, festas, dinâmicas, peças teatrais, pinturas, brincadeiras, momentos informais e atividades de interação, intimidade e solidariedade que podem ser dar por meio de gestos, de palavras, de toques, de abraços, de olhares e até mesmo de silêncios e cujo objetivo é maximizar as possibilidades do que poderíamos chamar de alianças afetivas entre os participantes. Vínculos de cumplicidade e companheirismo que, ampliam a solidariedade e a disponibilidade de aprender com o Outro. Além disso, há que se intensificar o contato presencial, físico e direto com as formas, as causas e as consequências da opressão através de novas propostas, ideias e experiências que levem os participantes a sentirem na própria pele o contato direto com a injustiça, a violação de direitos, a dor e o sofrimento do Outro[33].

Essas práticas fundamentais para a educação popular não se deixam reproduzir plenamente em meios digitais, portanto, as atividades virtuais devem ser utilizadas com cautela e, de preferência, como um recurso extra e complementar às atividades presenciais, numa perspectiva crítica, com planejamento, intencionalidade educativa e em situações que haja real necessidade do seu uso. Sua utilização exclusiva ou majoritária deve ser evitada e considerada apenas em casos emergenciais nos quais o contexto assim o exija, como foi o caso do isolamento social causado pela pandemia nos anos de 2020 e 2021.

Desafio 12: Dar continuidade ao legado de Freire, contribuindo com a reinvenção da educação popular e o fortalecimento das lutas sociais

Na medida em que avança a mercadorização dos processos educativos, a educação popular tem sido alvo de constantes ataques de grupos que visam

33 Reforçamos aqui que é completamente diferente conhecer teoricamente uma luta e até ter alguma afinidade com ela, de ter a presença física dessa luta, estar em seu território, ouvir o relato emocionado do sofrimento e da dignidade dos que a levam adiante, poder tocar, olhar nos olhos e abraçar alguém que representa essa forma de resistência. A experiência desestabilizadora do contato direto com o sofrimento humano injusto escapa a qualquer tentativa de racionalização e permite o acesso denso às fontes primárias da revolta e da indignação, possibilitando um conhecimento corporal da injustiça ao sentir na própria pele a dor do Outro, provocada pelas múltiplas formas de opressão. Este tipo de aprendizagem dificilmente pode ser adquirida, transmitida ou partilhada por meios virtuais.

deslegitimá-la como uma educação ideológica, marxista e manipuladora das classes populares. É preciso defender o legado da educação popular reinventando-a e atualizando-a diante dos desafios do presente. Assim, dar continuidade ao legado de Freire exige, paradoxalmente, que se vá além do que ele propôs em seu tempo.

O próprio Freire tinha pavor de que suas ideias viessem a ser rigidamente seguidas, de modo que muito sabiamente dizia: "a única maneira que alguém tem de aplicar, no seu contexto, alguma das proposições que fiz é exatamente refazer-me, quer dizer, não seguir-me. Para seguir-me, o fundamental é não me seguir" (Freire; Faundez, 1985, p. 41). E, com convicção, deixava claro: "se você me seguir, você me destrói. O melhor caminho para você me entender é me reinventar, e não tentar se adaptar a mim" (Freire, 2014, p. 27).

Atualmente, são muitos os esforços de uso crítico, consciente e reflexivo das tecnologias de nosso tempo buscando associá-las à permanente reinvenção da educação popular, como demonstram os trabalhos de Gomez (2015), Blikstein (2016), Gadotti e Carnoy (2018), Malaggi e Teixeira (2019), Bastidas (2020), CEAP (2022) e muitos outros. A pedagogia freiriana busca reinventar-se na virtualidade e essa reinvenção exige a abertura das experiências híbridas populares para práticas educativas contra-hegemônicas até então invisibilizadas, bem como para novas experiências pedagógicas subversivas possibilitadas pelas ferramentas e tecnologias digitais, é o que temos chamado de ecologia das práticas educativas. Tal ecologia de práticas educativas das experiências híbridas populares reinventa a proposta de Freire na medida em que utiliza as mais diversas tecnologias e combinações de espaços presenciais e virtuais para conceber novas maneiras de se compartilhar saberes e práticas relevantes para as lutas sociais dos oprimidos, mas permanece fiel à sua proposta num sentido mais amplo, pois imagina o que ele pensaria hoje, tendo em conta as novas configurações políticas, sociais e tecnológicas de nosso tempo.

Há que se converter os resultados das atividades híbridas em transformação social concreta para os oprimidos, fortalecendo seus saberes e suas lutas. Assim, dar continuidade ao legado de Freire e da educação popular,

significa atualmente promover espaços presenciais, virtuais ou híbridos em que as mais diversas lutas sociais possam se encontrar, dialogar, aprender umas com as outras, produzir juntas novos saberes e articular ações comuns contra as múltiplas opressões do presente.

O futuro das experiências híbridas de educação popular é o futuro das transformações emancipatórias que elas forem capazes de incentivar. Para além do que podemos aprender e produzir uns com os outros, é preciso avançar para as ações, intervenções e transformações que podem ser levadas adiante através de coligações e alianças estratégicas entre as lutas. Sendo iguais na diversidade, os oprimidos são convidados a dialogar, e desse diálogo fraterno, humano e de alta intensidade, surge a possibilidade do encontro com o Outro, a possibilidade do reconhecimento das divergências e de construção das convergências, a possibilidade de avaliar o que os separa e mesmo assim apostar no que os une, a possibilidade de criar, a partir de aprendizagens plurais e recíprocas, laços de solidariedade, de confiança e de partilha capazes de promover ações transformadoras cada vez mais eficazes.

Na contracapa de seu livro *El Grito Manso*, Freire (2003), em tom profético, afirma: "Não tenho nenhuma dúvida que mais cedo do que muitos pensam, os homens e as mulheres do mundo vão reinventar maneiras novas de lutar que nós nem podemos imaginar agora". As experiências híbridas populares podem vir a ser uma das maneiras de se realizar essa profecia.

Desafio 13: Reencantar o mundo

Dante Alighieri (2014, p. 37), ao descrever o inferno em seu clássico "A Divina Comédia", diz que nos seus grandes portões de entrada se encontra escrito: "Vós que entrais deixai toda a esperança". A morte dos sonhos e das esperanças é a porta de entrada para o inferno. Por isso é premente a tarefa de recuperar os sonhos, desejos e utopias, provocando paixões mobilizadoras capazes de produzir um engajamento visceral em torno das lutas por outros mundos possíveis. A utopia do momento presente é a de trazer de volta a possibilidade de sermos utópicos.

Em um mundo que se faz cada vez mais deserto de alternativas, mas também de afetos e de possibilidades humanas, nos encontramos diante de um urgente desafio político. O desafio de, através de novas práticas de transformação social, anunciar o "ainda-não" (Bloch, 1995), o que ainda não existe, mas poderia existir, o que ainda não é, mas pode vir a ser. Com uma profunda compreensão das dificuldades que se colocam à frente dos sonhos, das utopias e dos projetos de transformação social, Freire (*apud* Gadotti, 2007, p. 34) comenta: "se alguém me perguntar se acho que para mudar o mundo basta afirmar que é possível, direi que não. Mas direi também que mudar implica saber que fazê-lo é possível", e assim propõe a busca do "inédito viável" (Freire, 2011, p. 130), ou seja, a busca pela realidade que o sonho humano sabe ser possível, mas que não é ainda claramente conhecida nem foi ainda plenamente realizada. Daí a relevância da ecologia de práticas educativas das experiências híbridas populares para fazer frente à ausência de esperança, concebendo inéditos viáveis, ampliando o horizonte de possibilidades e imaginando realidades radicalmente melhores do que a que existe.

A educação convencional e também as propostas hegemônicas de ensino híbrido têm sido responsáveis por um desencantamento do mundo. Sua ideologia e seus métodos não lhes permitem lidar com sonhos e esperanças. Lidar com os sonhos e esperanças dos participantes, criar formas de promovê-los e articulá-los, reencantar o mundo aquecendo a razão e construindo sonhos compartilhados para que a vida volte a estar repleta de possibilidades inacabadas, imprevistas e não reguladas de liberdade e emancipação, esse precisa ser o desafio das experiências híbridas de educação popular. Um desafio de grande complexidade, pois o convite é o de mover-se assumindo um alto risco. "Junto de cada esperança está um caixão a espera" (Bloch *apud* Santos, 2002, p. 256), ao lado de cada nova prática, de cada alternativa e de cada esforço para tornar o mundo um pouco melhor, está sempre presente a ameaça do fracasso, da derrota e da frustação das expectativas. Mas o fato de haver um caixão a espera, longe de ser motivo para abandonar as utopias, é motivo para defendê-las com todo o nosso engajamento e com todos os recursos e instrumentos que tivermos ao nosso dispor.

As experiências híbridas populares são como sementes que estão germinando, mas que ainda não sabemos se irão florescer na sua integralidade. Na biologia, o termo "anlagen" é utilizado para designar o potencial que reside em algo e que ainda não se manifestou plenamente. Buscamos com estes desafios identificar a "anlagen" da formação em modalidade híbrida. Vimos ao longo das páginas desse trabalho que as experiências híbridas populares carregam dentro de si muitas promessas, desafios e utopias. São, no entanto, promessas frágeis que convivem com caixões à espera. Não há qualquer garantia de que irão se realizar. Há, tão somente, o desejo de que tais promessas se realizem e um empenho para que isso ocorra.

Este trabalho reconhece que a contribuição das experiências híbridas para a educação popular é apenas uma possibilidade e que será sempre fácil desacreditar os sinais e vestígios que apontam para ela, mas reconhece também que a aposta nessa frágil possibilidade é o que sustenta as chances dela se realizar.

Referências

Abramovay, R. **Aos dados, cidadãos.** 2018. Disponível em: https://ricardoabramovay.com/2018/04/aos-dados-cidadaos. Acesso em: 29 out. 2022.

Alighieri, D. **A Divina Comédia – Inferno**. São Paulo: Editora 34, 2014.

Bastidas, M. Alientos de naufragio y ramillete de resistencias: Notas al vuelo sobre tecnologías, educación y comunicación popular en tiempos de pandemia. **La Piragua**. n. 47, p. 84-89, dez. 2020. Disponível em: https://redclade.org/wp-content/uploads/revistaLaPiragua47-compactado.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

Bauman, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

Benanti, P. (Entrevista). "A enorme transformação da era digital e a correlação que conduz o nosso conhecimento sobre a realidade". **Instituto Humanitas Unisinos**. 2021. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/607360-sentimos-desconforto-com-o-quea-transformacao-digital-esta-produzindo-para-nos-entrevista-especialcom-paolo-benanti. Acesso em: 16 jun. 2022.

Blikstein, P. Viagens em Troia com Freire: a tecnologia como um agente de emancipação. **Educação e Pesquisa**, v. 42, n. 3, p. 837-856, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/smj6D5mtcLqNsVkzcxgsKcq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022.

Blikstein, P. et al. **Aprendizagem híbrida?** Orientações para regulamentação e adoção com qualidade, equidade e inclusão. São Paulo: D3e, 2022.

Bloch, E. **The Principle of Hope**. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1995.

Brandão, C. R. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

Carbonari, P. C. Documento de Sistematização do Comum (DSC): sistematização de práticas metodológicas de formação em Educação Popular realizadas em ambiente virtual no contexto da Covid-19. In: CEAP (Centro de Educação e Assessoramento Popular). **Sistematização de práticas metodológicas de formação na Educação Popular em ambiente virtual:** dez experiências realizadas no contexto da Covid-19. Passo Fundo: Saluz, 2022a. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/sistematizacao-de-praticas-metodologicas-de-formacao-na-educacao-popular-em-ambiente-virtual/. Acesso em: 15 nov. 2022.

Carbonari, P. C. Memória do processo de sistematização de práticas metodológicas de formação na Educação Popular em ambiente virtual no contexto da Covid-19. *In:* Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). **Sistematização de práticas metodológicas de formação na Educação Popular em ambiente virtual:** dez experiências realizadas no contexto da Covid-19. Passo Fundo: Saluz, 2022b. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/sistematizacao-de-praticas-metodologicas-de-formacao-na-educacao-popular-em-ambiente-virtual/. Acesso em: 15 nov. 2022.

Carrillo, A. T. La investigación acción participativa: Entre las ciencias sociales y la educación popular, **La Piragua**, 41, 11-20, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/35495612/La_Investigaci%C3%B3n_Acci%C3%B3n_Participativa_entre_las_ciencias_sociales_y_la_educaci%C3%B3n_popular. Acesso em: 24 fev. 2024.

Carrillo, A. T. Educación popular y producción de conocimiento**. La Piragua**, v. 32, p. 8-25, 2010.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. Entrevistas com conselheiros e conselheiras de saúde estaduais. **Coleção Covid-19 e o controle social no SUS:** impactos, dinâmicas, pautas e estratégias. Passo Fundo: Saluz, 2022a. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol2_entrevistas-2022.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Estudo sobre impacto da COVID-19 na ação político-organizativa e político-educativa dos movimentos sociais populares brasileiros:** identificação de posições e perspectivas de análise. Passo Fundo: Saluz, 2020. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/estudo-covid/#. Acesso em: 15 jun. 2022.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Guia do Curso de Ferramentas Virtuais Participativas**. Passo Fundo: Saluz, 2021. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/cartilha/guia-do-curso-de-ferramentas-virtuais-participativas/. Acesso em: 15 jun. 2022.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Sistematização de práticas metodológicas de formação na Educação Popular em ambiente virtual:** dez experiências realizadas no contexto da Covid-19. Passo Fundo: Saluz, 2022b. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/sistematizacao-de-praticas-metodologicas-de-formacao-na-educacao-popular-em-ambiente-virtual/. Acesso em: 15 jun. 2022.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Vídeo-entrevista:** A educação permanente e a pandemia: impactos da Covid 19 no Controle Social do SUS: Realidades e práticas do controle social através de relatos de Conselheiros de Saúde. YouTube, 2022c. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=3hPLHbUXz4I&t =1s&ab_channel=UOL. Acesso em: 30/11/2022.

CGI - Comitê Gestor da Internet no Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros – TIC Domicílios 2021**. São Paulo: Ponto BR, 2022b.

Datafolha. **Educação não presencial na perspectiva dos estudantes e suas famílias**. 2021. Disponível em: https://www.itausocial.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Educacao-nao-presencial-na-perspectiva-dos-estudantes-e-suas-familias-Onda-6.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

Freire, P. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

Freire, P. **Pedagogia da Solidariedade**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

Freire, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011 [1968].

Freire, P. **El grito manso**. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

Freire, P.; Faundez, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

Gadotti, M. **Educar para um outro mundo possível:** o Fórum Social Mundial como espaço de aprendizagem de uma nova cultura política e como processo transformador da sociedade civil planetária. São Paulo: Publisher Brasil, 2007.

Gadotti, M.; Carnoy, M. (Orgs.). **Reinventando Freire**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2018.

Galeano, E. **Entrevista com Eduardo Galeano na acampada de Barcelona**. 2012. Disponível em: https://movimentodesocupa.wordpress.com/2012/01/25/eduardo-galeano/. Acesso em: 23 set. 2022.

Gomez, M. **Pedagogia da virtualidade:** redes, cultura digital e educação. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

Han, B. C. **Psicopolítica:** O neoliberalismo e as novas técnicas de poder. BeloHorizonte: Âyiné, 2018.

Horn, M.; Staker, H. **Blended: usando a inovação disruptiva para aprimorar a educação**. Porto Alegre: Penso, 2015.

Jara, O. Un momento histórico inédito que desafía a la reinvención de los procesos de educación popular. **La Piragua,** n. 47, p. 6-10, 2020.

Malaggi, V.; Teixeira, A. **Comunicação, tecnologias interativas e educação:** (re)pensar o ensinar-aprender na cultura digital. Curitiba: Appris, 2019.

Martins, T. Evolução da mercadorização do ensino superior privado no brasil: caminho sem volta?. **Ensaios Pedagógicos**, v. 3, n. 2, p. 37-44, 2019.

Merladet, F. A. D. **Documento técnico contendo análise sobre os desafios, limites e possibilidades da formação em modalidade híbrida na educação popular.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2023.

Moraes, R. Plataformização da educação. **Blog do Roberto Moraes**. 25 maio, 2021. Disponível em: https://www.robertomoraes.com.br/2021/05/plataformizacao-da-educacao.html. Acesso em: 24 fev. 2024.

Santos, B. de S. **O futuro começa agora:** Da pandemia a utopia. São Paulo: Boitempo, 2021.

Santos, B. de S. (Entrevistado por Helena Mateus Jerónimo e José Neves). O intelectual de retaguarda. **Análise Social.** 204, xlvii, 2012. Disponível em: https://www.boaventuradesousasantos.pt/media/EntrevistaAS_204_f01.pdf. Acesso em: 06 nov. 2022.

Santos, B. de S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 63, p. 237-280, 2002.

Sguissardi, V. Educação Superior no Brasil. Democratização ou Massificação mercantil?. **Educação e Sociedade**, v. 36, n. 133, p. 867-889, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/873/87343512002.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

Educação Permanente para o controle social no SUS: a política, a dinâmica e as experiências dos Conselhos Estaduais de Saúde

Tânia Regina Krüger

Introdução

> *"A gente tem que saber o que é que quer fazer no conselho, o que é melhor para o trabalhador de saúde, para o usuário, para o prestador de serviço. Nós temos que saber capacitar para que o usuário possa ter mais ou menos a noção do que é um conselho e que está sendo representado por alguém dentro daquela instituição"* (representante da CEP/PI).

Apresentar reflexões e problematizar o tema da educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, faz refletir sobre nossas organizações coletivas e suas expressões institucionalizadas nos espaços dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

Entendemos a educação permanente para o controle social no SUS não como um processo mecanicista ou semelhante a chamada educação bancária e, por isso, sua perspectiva coletiva e sua dinamicidade é desafiadora, requer o reconhecimento dos direitos de cidadania e pressupõe inclusão social. A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, estabelecida em 2006, nos instiga as seguintes reflexões e considerações que não são sequenciais, mas se que interpõem e se alternam: a) as realidades não são dadas, as informações são produzidas e operadas por seus sujeitos com possíveis parcerias. O convite a outros sujeitos sociais que se dispõem a construção do SUS e suas referências constitucionais estão sempre abertos; b) requer a organização de espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, implica em cotejar informações, usá-las em interrogação umas

às outras e não segregar e excluir grupos, ou segmentos sociais ou se fechar em territórios recortados ou naturalizados; c) dispor-se a organizar redes de intercâmbio e de informações, estabelecer interface, intercessão e relações de democracia participativa com direção democrático-popular; d) em momentos pedagógicos de educação política, de convivência, de estudo, debate ou análise, produzir informações de valor local que não se furtem às exigências da implementação do SUS, da defesa do direito humano à saúde, da gestão estatal dos serviços e recursos públicos e à máxima interação com os usuários das ações de saúde.

Apesar da sua institucionalização a educação permanente para o controle social no SUS não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial.

> Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas em que as informações são empacotadas [...] a política de 'educação permanente em saúde' congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde (Ceccin; Ferla, 2008).

O SUS depende também da formação de conselheiros – ativos e em potencial - com uma perspectiva humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal, social e profissional, com competências éticas, políticas e técnicas, capacidade crítica e sensibilidade para pensar e decidir as questões da vida e da sociedade, bem como uma atuação zelando pelos fundamentos do SUS constitucional.

E com estas referências iniciais e tímidas de Educação Permanente para Controle Social no SUS, este texto possui dois propósitos. Inicialmente pretende-se apresentar a trajetória de construção da Política Nacional de Educação Permanente para Controle Social no Social no SUS (PNEPCSS) e o funcionamento da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para Controle Social no Social no SUS (CIEPCSS) vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O segundo propósito é apresentar e analisar concepções de

Educação Permanente, objetivos das Comissões de Educação Permanente (CEP), conteúdo e temas das capacitações, metodologias das capacitações e experiência de multiplicação realizada pelo CNS/OPAS/CEAP - que dizem respeito ao funcionamento das Comissões de Educação Permanente para o Controle Social no SUS nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) antes e no contexto da pandemia da covid-19.

A primeira parte do texto é resultado de pesquisa bibliográfica, documental e material jornalístico de sites oficiais e redes sociais. A segunda parte do texto resulta da apresentação parcial do conteúdo das entrevistas gravadas e transcritas, realizadas no ano de 2021, com um representante da mesa diretora e um membro da comissão de educação permanente para o controle social no SUS, em cada um dos 27 CES do país. Assim, o material das entrevistas forma o material privilegiado para a elaboração sobre as experiências de educação permanente para controle social no SUS desenvolvidas no âmbito dos CES.

As entrevistas são parte do projeto a Formação para o controle social no SUS - 2ª edição, que objetivou identificar a atuação dos CESs na sua dinâmica, pautas, estratégias, incidência política, a valorização do SUS e os desafios encontrados na prática conselhista no contexto anterior e durante a pandemia da Covid-19[34]. Assim, explicamos que este texto é um recorte do projeto e das entrevistas envolvendo os membros dos CES.

Este capítulo se estrutura do seguinte modo, o item inicial com as bases e fundamentos da política de Educação Permanente para o controle social no SUS, seguido da descrição da organização e ações da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o controle social no SUS (CIEPCSS). O terceiro item, sobre as práticas das Comissões de Educação Permanente para o controle social no SUS nos CESs antes e durante a pandemia da Covid-19, se desenvolveu com base no material das entrevistas e está dividido em

34 O estudo com os CES, por meio de entrevistas é parte do projeto "A Pandemia da Covid-19 e os impactos no controle social do SUS: dinâmicas, pautas e estratégias dos Conselhos de Saúde 2019-2021", o qual teve por objetivo identificar os impactos da pandemia, provocada pelo Covid-19, na atuação do controle social. O estudo integra o projeto nacional guarda-chuva intitulado Formação de Conselheiros de Saúde – 2ª edição, firmado mediante Carta Acordo SCON2019-00192 entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Organização Pan-Americana da Saúde, o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e sob execução do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). O Relatório completo deste estudo foi publicado e disponibilizado (CEAP, 2022).

quatro subitens, a) concepções e conteúdo dos CES em relação a Educação Permanente para o controle social no SUS; b) metodologias dos processos de Educação Permanente, c) a dinâmica de atividades remotas e temas dos CEPs no contexto da pandemia; e d) a relação entre CEP e CES com as Oficinas do CNS/OPAS/CEAP na multiplicação.

As bases e fundamentos da política de Educação Permanente para o controle social no SUS

A participação da comunidade[35] materializada no artigo 198 da Constituição como uma das diretrizes do SUS é fruto das lutas sociais da redemocratização e em especial do Movimento da Reforma Sanitária. Na regulamentação da lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 8.080/1990 a diretriz constitucional – participação da comunidade – se transformou em dos seus princípios e a Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, colocando os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde definitivamente no cenário da política de saúde no Brasil. Segundo esta normativa os colegiados são órgãos compostos por representantes do governo, prestadores de serviço para o SUS, profissionais de saúde e usuários e possuem a atribuição de avaliar, deliberar e fiscalizar desde o processo de formulação de estratégias, até a execução da política, incluindo aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1988, 1990a, 1990b).

Apesar do Brasil, em muitas cidades, ter práticas de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, foi o processo de regulamentação do SUS que fez emergir novas institucionalidades que foram se estabelecendo ao longo dos anos de 1990 nas três esferas de governo. Sua regulamentação ocorreu nos seguintes termos (Brasil, 1990b):

35 O artigo 198 expressa a participação da comunidade como uma diretriz do SUS, que em nosso entender, significa a garantia constitucional de que a população por intermédio de suas entidades e de seus movimentos participará do processo de formulação das políticas sociais e do controle de sua execução em todos os níveis. Complementarmente inferimos a participação é um bem político com sentido democrático-popular que permeia as relações sociais e a gestão pública em direção ao atendimento das necessidades sociais e superação das desigualdades sociais (Kruger, 2008). São muitos sentidos teóricos e políticos quando usamos os termos participação popular, participação social, da sociedade e comunidade. Mas aqui não trataremos da análise e dos conceitos de cada um. Consultar (Martorano, 2011; Paiva; Rocha; Carraro, 2012).

> § 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
>
> § 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Estes colegiados, como herdeiros do movimento da Reforma Sanitária, para cumprir sua função de ampliar as relações democráticas de Estado e sociedade, zelando pelas competências e princípios do SUS nos termos da Lei nº 8.080/1990, encontraram inúmeros desafios, dada nossa cultura política autoritária e de exclusão dos segmentos população das decisões sobre os serviços públicos. Assim, tão logo os Conselhos foram sendo criados e as etapas das Conferências se realizando nas três esferas da federação, começaram a se deparar com dificuldades de lidar com as iniquidades na distribuição dos recursos sociais e dos serviços de acesso a saúde, a corrupção no Estado ou a permanência de estruturas tradicionais de poder – entre outros elementos desagregadores que se reproduzem ou mesmo avançam pari passu às conquistas democráticas alcançadas. Assim, em seguida, o tema da educação permanente para controle social no SUS aparece como demanda e reivindicação contínua neste colegiado.

Mas de maneira imediata já cabem duas explicações. Inicialmente esta demanda não apareceu nominada como da educação permanente e nem os espaços de participação - Conselhos e Conferências – eram reconhecidos como espaços de controle social no SUS. Sobre a trajetória, limites e desafios do controle social do SUS, Eduardo Stotz (2006) explica que "o controle social entendido como participação da sociedade no âmbito das políticas públicas

ainda não fazia parte da consciência política dos ativistas sociais, parlamentares, técnicos e pesquisadores que realizaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)" (Stotz, 2006, p. 151).

O controle social é, originalmente, um conceito das Ciências Sociais elaborado por Émile Durkheim com vistas a entender o problema da ordem e da integração social. Historicamente o conceito foi apropriado por outras tradições teóricas, mas essencialmente não se deslocava do sentido de uma forma de integração social e um processo orientado para a reprodução social dos interesses das classes dominantes de uma sociedade dividida em classes. Segundo Stotz (2006, p. 151), o debate teórico-político da redemocratização no Brasil proporcionou uma inversão de sentido do controle social e o ressignificou como "participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas". Assim explica o autor (2006, p. 151-152):

> O nascimento do termo 'controle social' e a inflexão de seu significado virá em 1992, com a 9ª CNS (1992). Um aspecto importante neste processo histórico é a mudança observada no entendimento da participação popular: lembremos que, nos termos propostos pela 8ª CNS, a participação foi definida "[...] como controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população" (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.10). Contudo, a participação passou a ser definida, a partir da 9ª CNS, como "[...] controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social" (Conferência Nacional de Saúde, 1992, p. 33).

Assim, o termo controle social passou a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado. Passados 30 anos o termo ainda é objeto de questionamentos teórico-político por várias correntes analíticas[36], no entanto, para fins deste texto sinalizamos que o uso da expressão controle social se soma ao sentido progressista e democratizador do movimento da reforma sanitária. Com esta ressignificação, a partir dos anos de 1990, ganhou amplo uso para se referir às práticas e funções dos espaços institucionalizados de participação - sobretudo os Conselhos e Conferências – no SUS e nas demais políticas sociais.

36 Leitura complementar sobre o tema: Bravo e Correia (2012).

E nossa segunda explicação se refere ao termo "educação permanente", mais especificamente "educação permanente para controle social no SUS", que foi precedida uma série de expressões que possuíam (e ainda possuem) o sentido de formação, capacitação ou qualificação. Vejamos como se expressou as primeiras demandas nessa direção. Na IX Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em agosto de 1992 e teve como tema central "Saúde: municipalização é o caminho", uma das propostas corresponde a nossa intenção de explicação: "treinamento, através de oficinas de trabalho periódicas, para a capacitação de conselheiros municipais, para exercerem corretamente suas atribuições específicas e necessários, sobre como funciona o sistema" (Brasil, 1993, p. 36).

Complementarmente as assessorias, ainda que não diretamente configurem qualificação ou formação, entendemos que indiretamente podem cumprir tal função. Por isso trouxemos a seguinte proposta daquela plenária "que os conselhos constituam, quando necessário, assessores técnicos em todos os níveis de governo, com uniformidade, transparência, amplitude, qualidade e fidelidade (Brasil, 1993, p. 36).

Em dezembro de 1992 o Conselho Nacional de Saúde divulgou a Resolução nº 33/1992 com recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Nesta Resolução não há referências sobre formação, capacitação ou qualificação. Mas no item sobre a estruturação dos Conselhos recomenda-se que:

> A Secretaria Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo. Para tal, deverá contar com pessoal administrativo e pessoal técnico, que funcionará com Assessoria Técnica ao Plenário e mobilizará consultorias e assessoramento por parte das instituições, órgãos e entidades da área de saúde que possam dar suporte e apoio técnico ao Conselho (Conselho Nacional de Saúde, 1992).

Por estas referências, entende-se que inicialmente o apoio ao funcionamento dos Conselhos, no sentido de subsidiar o comprimento de suas funções, cabia a secretaria executiva com articulações, assessorias e ou consultorias dar conta do que denominamos, desde 2006, de educação permanente para controle social no SUS.

A partir da 1992, a Conferência Nacional de Saúde, a expansão da implantação dos conselhos municipais e as demandas para processos de formação e/ou capacitação se tornaram pauta permanente dos debates nos encontros, seminários, plenárias de saúde, evidenciando a necessidade de qualificação da atuação do/as conselheiro/as e de articular os conselhos que vinham se consolidando pelo país, para que atuassem para avançar na implantação do SUS (Brasil, 2006).

No ano de 1994, por ocasião do Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em Recife (PE), um grupo significativo de conselheiros(as) de saúde realizou o 1º Encontro Nacional de Conselheiros(as) de Saúde, onde foi aprovada a proposta de realização no ano seguinte, em 1995, do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde. A proposta orientava para que o Congresso fosse precedido nos municípios, regiões e estados, de encontros pré-congresso, que teriam como tarefas: aprofundar o debate dos temas centrais, sistematizar as propostas a serem levadas ao congresso e escolher delegados(as), representantes dos conselhos estaduais e municipais (Brasil, 2006; Matias; Barrios; Silva, 2021).

O I Congresso contou com a participação do então ministro da saúde Adib Jatene, o que foi compreendido como um gesto importante por parte do governo para reafirmar a importância do controle social para a efetivação do SUS. No tema sobre formação de conselheiros, cabe destacar algumas deliberações que reafirmaram os processos formativos como estratégicos para que efetivamente a população supere as dificuldades em exercer o papel constitucional e deliberativo sobre as políticas necessárias para o cuidado à saúde da população, de tal sorte que os conselhos de saúde não se constituíssem como meros legitimadores burocráticos das decisões da gestão (Brasil, 2006; Matias; Barrios; Silva, 2021).

Ainda na década de 1990, nas plenárias nacionais de conselhos de saúde, nos encontros, nos seminários organizados em todas as regiões, nas conferências de saúde, o tema da capacitação/formação de conselheiros/as retornava com ênfase, reafirmando a importância da qualificação dos conselheiros/as. Tais reivindicações já sinalizam a necessidade da estruturação de uma política nacional que orientasse os processos, respeitando as especificidades, a realidade e as experiências locais e regionais. Estes debates resultaram em demanda para que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) definisse as diretrizes para a formação de conselheiro/as, levando a constituir um grupo de trabalho com tal finalidade. Assim, o CNS, no ano de 1999, aprovou as "Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde" (Brasil, 2002a).

As plenárias de Conselhos de Saúde desde 1996 vêm se constituindo como espaço permanente de articulação dos conselhos sobre suas pautas pelo país. A XI Plenária Nacional de Conselhos, em 2002, tratou do papel do Conselho de Saúde; a organização dos Conselhos de Saúde; a formação de Conselheiros; e a articulação entre Conselhos, destacando-se como principais aprovações: a) Formação de Conselheiros pelos CESs e CNS - necessidade de elaboração de uma *"Política Nacional de Capacitação de Conselheiros/a)"* com a criação de polos regionais de capacitação; b) Construção da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (Brasil, 2002c, p. 31).

A primeira experiência, em âmbito nacional, de capacitação de conselheiros de saúde, foi realizada de 2000 a 2004, por meio do "Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social". Esse programa teve caráter nacional, foi financiado com recursos externos (Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS), gerenciados pelo Ministério da Saúde, possuía cronograma definido e foi executado por um consórcio de quatro instituições formadoras, reconhecidas nacionalmente. O Programa contava com dois subprojetos, um a formação de conselheiros municipais e estaduais e o segundo a formação de membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em direito sanitário (Brasil, 2002b, 2006).

Os participantes da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, em 2000 e 2003 respectivamente, reafirmam que, para efetivação de um SUS de qualidade, é fundamental a capacitação de conselheiros e esta "deve ser renovada pelo menos a cada dois anos, superando as rupturas causadas pela troca frequente de representantes, sendo ideal um programa de educação permanente integrado às atividades desenvolvidas pelos próprios Conselhos de Saúde" em articulação com a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e os Polos de Educação em Saúde (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2000, p. 64).

Com prioridade nos cursos de capacitação, os conselheiros de saúde e outros

> sujeitos sociais, respeitando as características regionais e locais, dentro de um processo que considere o mundo de significação - familiar, social e profissional - dos participantes, utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções para que possam efetivamente exercer a sua cidadania (CNS, 2003).

A 12ª CNS se deu já sob os auspícios de um governo democrático e popular que tinha no horizonte o fortalecimento do SUS. E para referendar esse compromisso, o Ministério da Saúde antecipou a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para o ano de 2003 e criou a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP). Posteriormente foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841/2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Em 2005, o CNS tomando por base as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde de 1999 aprovou as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, por meio da Resolução nº 354, de 14 de setembro de 2005. No ano seguinte a SGEP e o CNS, após realizar oficinas regionais para colher subsídios, lançaram a Política Nacional de Educação Permanente Exercício do Controle Social no SUS, aprovada por meio da Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006. Tal documento elevou o Programa de Capacitação

a categoria de uma Política Nacional Estratégica para o SUS. É uma Política que reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros. O documento sustenta que as ações voltadas para a Educação Permanente para o Controle Social no SUS são de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde, conforme aprovação das conferências de saúde e reafirmadas pelas oficinas regionais (Brasil, 2006).

É preciso ressaltar que os diversos documentos que contextualizam este momento histórico da formulação da política são unânimes em afirmar que ela avança na perspectiva de fortalecer os movimentos sociais que atuam e garantem a existência de Conselhos de Saúde. Essa política foi sendo construída coletivamente a partir de "contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros e que agora amplia sua importância elevando sua categoria de Programa de Capacitação para uma Política Nacional Estratégica para o SUS" (Brasil, 2006, p. 5).

O acúmulo dos debates traz para a Política o conceito de educação permanente como sendo "os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas" (Brasil, 2006, p. 7). Como objetivos principais da Política Nacional de Educação Permanente Exercício do Controle Social no SUS estão: promover iniciativas de educação para o controle social que não estejam restritas aos conselhos, mas que envolvam toda a população, fortalecendo a atuação dos conselheiros como sujeitos sociais que atuam na formulação e deliberação da política de saúde para melhoria do SUS, a partir das experiências e vivências das pessoas. Como eixos norteadores para estruturação dos planos de educação permanente nos estados e municípios, prioriza-se: participação social; financiamento da participação e do controle social; intersetorialidade; informação e comunicação em saúde; legislação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006)[37].

37 Para referências complementares da formulação da política de educação permanente para controle social no SUS recomenda-se a leitura de Matias (2016).

Como vimos até agora, houve um processo de construção do conceito e formulação da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS que antecede a criação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS do Conselho Nacional de Saúde (CIEPCSS) dentro do CNS.

Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o controle social no SUS (CIEPCSS): organização e ações

Para compreender o funcionamento da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o controle social no SUS (CIEPCSS) como dinamizadora da implementação da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNPECSS), explicamos que o Conselho Nacional de Saúde, em sua estrutura organizacional, conta com o apoio de dezenove comissões intersetoriais cuja atribuição principal é de assessorar o Plenário em temas específicos, considerando a amplitude de abrangência das políticas de saúde do SUS[38].

A formação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente no CNS se deu a partir do Grupo de Trabalho que elaborou a Política de Educação Permanente, com objetivo de realizar o acompanhamento da recém-criada PNPECSS, nas três esferas de controle social. A CIEPCSS foi criada por meio da Resolução CNS nº 374, de 14 de junho de 2007 e atualizada pela Resolução CNS nº 435, de 12 de agosto de 2010 e Resolução CNS nº 513, de 06 de maio de 2016. A CIEPCSS é composta por 22 entidades, instituições e movimentos nacionais, sendo 12 titulares, na suplência, 10 integrantes, divididos paritariamente entre profissionais de saúde e usuários. Entre os/as 12 titulares o/a coordenador/a (segmento dos/as profissionais de saúde) e o/a coordenador/a adjunto/a (representante dos/as usuários/as) devem ser membros titulares do CNS.

Reafirmando o disposto na resolução acima citada, a CIEPCSS tem assessorado o CNS e acompanhado a implementação da PNEPCSS em âmbito nacional. Para isso, a comissão orienta conselheiros/as sobre a formação de

38 Para consultar Comissões do CNS e sobre a CIEPCSS, acesse: http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/ciepcss

multiplicadores para o fortalecimento do controle social no SUS, além de articular uma rede nacional de educação permanente para o controle social. A comissão atua, ainda, na garantia da participação popular nas políticas de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde (Brasil, 2013).

Na sequência entre as inúmeras ações realizadas pela CIEPCSS faremos apenas alguns destaques. No ano de 2012, coordenou oficinas regionais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, juntamente com o Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e o Conselho Nacional de Saúde, abrangendo as regiões Norte e Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Estas oficinas tinham como objetivo, escutar, dialogar, trocar experiências e debater com os participantes sobre a Política de Educação Permanente para o Controle social do SUS, para elaboração do Plano Nacional de Educação Permanente e o Plano Nacional de Formação de Educadores e Educadoras para o Controle social no SUS (CNS, 2016).

Para o período de 2014/2015, a CIEPCSS construiu seu planejamento estratégico centrando suas ações, prioritariamente, no apoio aos conselhos estaduais para instituírem as comissões de educação permanente; no apoio aos CES e CMS para incluírem nos planos de saúde ações de educação permanente para o Controle Social; realização de eventos, oficinas e seminários com o tema de educação permanente. Outras ações priorizadas foram para mobilizar recursos para desenvolver as ações constantes no plano de educação permanente para o controle social no SUS (em âmbito nacional, estadual e municipal), assim como para articular o tema da educação permanente para controle social na construção da 15ª Conferência Nacional prevista para 2015 (CNS, 2016).

No entanto, apesar dos esforços da CIEPCSS e do CNS, neste período não se efetivaram projetos mais abrangentes a nível nacional para capacitação/formação de conselheiros/as e lideranças de movimentos sociais, apenas iniciativas pontuais foram desenvolvidas, ficando a comissão no apoio a estas ações (CEAP, 2018).

Para dar concretude alargada aos objetivos, desde 2016, a CIEPCSS vem intensificando as ações para fortalecimento da PNEPCSS, de forma

capilarizada para estados e municípios. Entre as ações para instrumentalizar e qualificar a atuação de conselheiros e conselheiras de saúde a formação foi adotada como estratégia fundamental envolvendo os seguintes conteúdos: papel do conselho de saúde, na análise, no acompanhamento das políticas de saúde, a saúde como direito social e o SUS como sistema público, universal, gratuito e igualitário.

Para fomentar a educação permanente, por meio da CIEPCSS, o CNS, com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e em parceria com o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), em 2016, formularam um *Projeto de Formação para o Controle Social no SUS – 1ª Edição*, executado a partir de metodologias participativas que consideram as experiências e vivências dos sujeitos participantes, tal qual estabelecido na PNEPCSS. A proposta do projeto foi que se constituísse uma ferramenta com capacidade para estreitar a relação da CIEPCSS, com as Comissões de Educação Permanente, dos conselhos estaduais, tendo como centralidade a formação de multiplicadores que contribuíssem para constituição de uma rede de educação permanente para o controle social em todo o território nacional (Borges, 2017). Nos 18 meses de duração do projeto foram realizadas 70 oficinas de formação com dois dias cada, atingindo diretamente 3.800 conselheiros/as e/ou lideranças (Borges, 2018). No desenvolvimento do projeto, além de acompanhar e avaliar suas diretrizes, a CIEPCSS atuou no sentido de apoiar e contribuir para organização das comissões estaduais junto aos CES, para que estas pudessem dar continuidade aos processos formativos, apoiando os multiplicadores e, de forma articulada com os Conselhos Municipais de Saúde, desenvolver processos de formação que contemplasse as especificidades e necessidades loco regionais.

Já em 2019, com a nova composição da CIEPCSS, mandato 2019/2022, foi construído um novo Plano de Trabalho, considerando as demandas já existentes, as deliberações da 16ª CNS e as ações do Planejamento Estratégico (PE) do CNS que trata da Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Na primeira reunião desta composição da CIEPCSS (outubro de 2019) e com

os referenciais do Planejamento Estratégico/CNS, a Comissão realizou uma análise de conjuntura e reafirmou sua principal estratégia de fortalecimento das Comissões Estaduais. O Plano de Trabalho teve como objetivo fundamental capilarizar e fortalecer a PNEPCSS com vistas a concretizar as ações de educação permanente.

Ainda nesta reunião, a CIEPCSS retoma a parceria com o CEAP para a construção da 2ª Edição do Projeto Formação para o Controle Social no SUS (Carta Acordo SCON2019-00192 – CNS/OPAS/CEAP), com a seguinte proposta: 84 oficinas presenciais (realizadas em todos os Estados e no Distrito Federal), com estimativa de 30 participantes por turma, sendo 20 conselheiros/as e 10 integrantes de Movimentos Sociais, no período de três dias, com seis turnos presenciais com planejamento de atividades de Multiplicação. Além disso, o projeto previa realização de pesquisa com os conselhos e movimentos sociais com publicação de livro sobre Controle Social.

Em 7 de novembro de 2019, a CIEPCSS realizou reunião na Fiocruz/RJ com os CES para apresentação e pactuação da segunda edição do Projeto de Educação Permanente para o Controle Social. Estiveram presentes 58 participantes, representando 25 Estados e o Distrito Federal. Finalizando esse processo de construção da 2ª Edição do Projeto, em 3 de dezembro de 2019, foi realizado um Seminário com a Mesa Diretora do CNS, a CIEPCSS e equipe do CEAP, com o objetivo de validar a proposta político-pedagógica das Oficinas, o processo de mobilização, seleção e inscrição dos participantes e definir aspectos políticos e operacionais necessários à continuidade do projeto (Borges, 2019).

Entre fevereiro e início de março de 2020, foram realizadas 7 (sete) oficinas presenciais e, em seguida, as atividades presenciais foram suspensas, devido à pandemia da covid-19 (Borges, 2020). Mas dado o prolongamento da crise sanitária do contexto pandêmico, o CEAP, a CIEPCSS, o CNS e a OPAS colocaram a pergunta: como os Conselhos de Saúde estão atuando neste novo contexto? Quais os desafios que estão enfrentando ou que inovações estão produzindo para o exercício do controle social no SUS?

Frutos destas inquietações o projeto de formação foi readequado, surgiu o projeto A Pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS: dinâmicas, pautas e estratégias dos Conselhos de Saúde 2019-2021, tendo como objetivo construir um diagnóstico sobre os impactos do covid-19 no controle social do SUS, bem como as alterações nas dinâmicas, pautas e estratégicas de suas instâncias. Assim, no segundo semestre de 2020, o projeto foi redefinido e todas as atividades de educação permanente para controle social no SUS passaram a acontecer de forma remota. Outros frutos do projeto foram produzidos e muitos já publicados. Dentre eles relacionamos: a) Análise das entrevistas feitas com representantes das Mesas Diretoras e Comissões de Educação Permanente dos conselhos Estaduais e do Distrito Federal; b) Vídeos com a síntese das entrevistas; c) Revisão de escopo sobre a literatura que trata da saúde e participação social na América; d) Análise documental das Atas dos Conselhos Estaduais e do Distrito Federal, de julho de 2019 a janeiro de 2021,; e) Análise da estratégia de formação do Conselho Nacional de Saúde; f) Perspectivas para as pesquisas sobre controle social no SUS, realizada a partir de depoimento de pesquisadores brasileiros de referência no tema; e g) Levantamento da estrutura e plano de necessidades dos Conselhos de Saúde dos estados e do Distrito Federal (CEAP, [s/d]).

A CIEPCSS, dada sua composição, com maioria absoluta de membros externos ao CNS, com realização de poucos encontros anuais, rotatividade, ausência de muitos membros nas reuniões e pouco acúmulo da Política Nacional de Educação Permanente para Controle Social no Social no SUS, a nosso ver, tem um desempenho frágil quanto a dar a direção e avaliar as ações da PNEPCSS. Esta fragilidade tenta ser compensada pelo grande esforço da coordenadora e da subcoordenadora da Comissão, enquanto conselheiras nacionais, nos últimos anos, não mediram esforços para qualificar a atuação da Comissão e representar a CIEPCSS em todas as atividades que se desdobraram do projeto um e dois do CNS/OPAS/CEAP.

As práticas das Comissões de Educação Permanente para o controle social no SUS nos CESs: antes e durante a pandemia da covid-19

Além de apresentar a trajetória de construção da PNEPCSS e o funcionamento da CIEPCSS, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), outro propósito do presente texto é apresentar e analisar as referências técnicas, políticas, práticas, estratégias, metodologias e articulações das Comissões de Educação Permanente dos Conselhos Estaduais de Saúde, antes e durante o período de crise sanitária da pandemia da covid-19. Esta parte do texto resulta da apresentação parcial do conteúdo das entrevistas gravadas e transcritas, realizadas no ano de 2021, com um representante da mesa diretora e um membro da comissão de educação permanente para o controle social no SUS, em cada um dos 27 CES do país.

As entrevistas como parte do projeto, Formação para o Controle Social no SUS - 2ª edição, objetivou identificar a atuação dos CES na sua dinâmica, pautas, estratégias, incidência política, valorização do SUS e os desafios encontrados na prática conselhista no contexto anterior e durante a pandemia da covid-19. Assim este texto, apresenta um recorte do projeto e das entrevistas envolvendo apenas as questões - concepções de EP, objetivos das CEP, conteúdo e temas das capacitações, metodologias das capacitações e articulações das CEPs, experiência de multiplicação realizada pelo CNS/OPAS/CEAP - que dizem respeito ao funcionamento das Comissões de Educação Permanente (CEP) para o Controle Social no SUS nos CES.

Cabe deixar uma observação ao/a nosso/a leitor/a. Como evidenciado no início deste texto, a expressão Educação Permanente para o controle social no SUS tem menos de duas décadas de vida, mas no âmbito dos Conselhos Estaduais de Saúde, ela parece ainda ser empregada de forma incipiente ou na formalidade da constituição das comissões. Nas entrevistas com os/as conselheiros/as estaduais de saúde o termo capacitação é o que foi largamente empregado nas falas. O conteúdo das entrevistas não revelou reflexões ou questionamentos sobre os significados destas expressões –

capacitação, educação permanente, formação, multiplicação e qualificação[39]. Observamos na transcrição das respostas um uso amplo, generalizado e quase automático da expressão capacitação. Pouco/as entrevistado/as usaram a expressão educação permanente. Neste sentido, no decorrer desta parte do texto usaremos, para ser coerente com as expressões usadas pelos/as respondentes a expressão capacitação.

Educação Permanente para o controle social no SUS: concepções e conteúdo dos CES

Sobre os objetivos e papel das Comissões de Educação Permanente (CEP) nos CESs o/as respondentes foram unânimes em afirmar que sua principal tarefa é realizar capacitações. Ilustramos tal afirmação com a fala do representante da CEP/PI "a comissão tem como objetivo principal a capacitação dos/as conselheiros/as porque, o/a conselheiro/a tem que ser capacitado, pois ninguém vai para um conselho de saúde somente por participar, quer dizer, ninguém participa por participar". Para a representante da CEP/MG "as capacitações têm por objetivo a necessidade de fortalecimento do SUS".

Outro objetivo e justificativa para as capacitações, segundo o representante da CEP/ AM, é "a fragilidade nas questões burocráticas e sistemáticas do funcionamento. O conselho precisa entender bem essa questão do seu papel e dos/as conselheiros/as". Complementou dando destaque a necessidade de maior conhecimento pelos/as conselheiros/as sobre as questões legais, sobre a Política de Educação Permanente e sobre o SUS.

Em geral o/as conselheiro/as ao responderem sobre os objetivos das CEPs nos CES já mencionaram a importância das capacitações e seus conteúdos. As respostas foram amplas e diversificadas:

> [...] é importante que o/a conselheiro/a saiba e entenda como o CES é formatado, o que ele representa, a importância de uma programação anual orçamentária e todo o impacto para poder executar as ações no

39 Para refletir e buscar aproximações analíticas destas expressões sugere-se ver: Ferreira et al. (2019) e Leite, Pinto, Fagundes (2020).

> ano seguinte. Então se pensa como entregar para o/a conselheiro/a essas ferramentas para que ele/a tenha propriedade para avaliar, aprovar ou fazer ressalvas (representante da CEP/RO);
>
> A percepção de que os municípios estão precisando de uma orientação geral sobre qual é a funcionalidade do CES, o que é o conselho municipal, suas atribuições, a importância da sociedade civil na participação para que o conselho funcione, fazer a fiscalização de recursos que chegam (representante da CEP/RR).

A representante completou afirmando que acredita ser indispensável para essa participação desenvolver um programa capacitação para a sociedade civil, pois

> [...] primeiro ela precisa conhecer quais são suas funções, seus direitos, como ela pode cobrar, de onde vêm esses recursos e como eles podem ser aplicados, a importância de um CMS para que haja uma funcionalidade com qualidade na área da saúde (representante da CEP/RR);
>
> Pensando no nosso conselho, temos que começar praticamente do zero. Muitos/as que chegam ao conselho tem uma experiência de luta. Ele/a é um representante do movimento no momento, mas muitas vezes aquele/a representante que está nos lugares cobrando, que vai à maternidade verificar o que está acontecendo, vai até o secretário e cobra, ele/a vira Conselheiro. E virando Conselheiro/a, ele tem um desconhecimento do seu papel e a formação sobre as questões legais, éticas é muito frágil. Vamos ter que trabalhar uma formação com o regimento, há bastante dificuldade de entender o regimento (representante da CEP, AM).

Propriamente sobre as temáticas e conteúdo de capacitação o leque de respostas foi amplo, houve muitas repetições, com destaques de particularidades e necessidades loco-regionais do vasto território nacional. Predominaram as seguintes necessidades de conteúdo nas capacitações e igualmente foram destacados como temas prioritários: legislação do SUS, papel do conselho e do/a conselheiro/a ("o processo de dirigir o CMS no dia a dia ou como é o processo de gestão de um conselho" – representante da CEP/

BA) e instrumentos de gestão do SUS (Programação Anual de Saúde - PAS, Relatório Anual de Gestão – RAG, Plano Municipal, DigiSUS).

Na sequência ilustraremos com trechos das entrevistas com os/as conselheiras/os dos CESs sobre os temas e conteúdo de capacitação:

> (nas capacitações) começamos a conversar sobre o que está na Constituição: a saúde é um direito humano, de todas as pessoas e dever do Estado (representante da CEP/MG);
>
> (Entre os temas escolhidos dentro da comissão está) a identificação dos princípios do SUS, primeiro na sua regionalização e depois para mostrar ao/a cidadão/ã onde ele/a irá caso tenha uma dor de cabeça (CEP/PB);
>
> O próprio SUS, a Lei 8080, e Lei 8142, o controle social, a responsabilização jurídica e criminal de fiscalização das ações de acompanhamento, aprovação ou reprovação dos instrumentos de gestão. Esses temas foram escolhidos pensando no segmento dos/as usuários/as, que são de entidades, sindicatos e de movimentos sociais que não conhecem o SUS. Também porque ao se pensar uma capacitação de planejamento, o controle social não está inserido. Não garantem as vagas para o controle social, é uma capacitação para gestores. E quem analisa esses instrumentos de gestão somos nós do controle social que nunca ouvimos nem falar em planejamento e muito menos instrumento de gestão (representante da CEP/RN);
>
> A demanda mais importante continua sendo o esclarecimento do/a conselheiro e da conselheira para entender as funções e finalidade de um conselho. Muitas vezes se entra em contradição sobre quais são suas atribuições, sobre quais deveriam ser as suas funções [...]. Mas o mais importante é que o conselheiro e a conselheira, entendam qual é o seu papel dentro do conselho, para que serve o controle social, como ele deve atuar, como que os segmentos devem se relacionar entre si" (representante da CEP/ES);
>
> Uma demanda a ser sanada é a instrumentalização dos/as conselheiros/as em relação ao papel do/a conselheiro/a, o conhecimento em relação ao Conselho de Saúde, conhecer a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, quais são os instrumentos de gestão

> que essa secretaria utiliza, o que é um Plano Plurianual (PPA), uma Programação Anula de Saúde (PAS), o que é um Relatório Anual de Gestão (RAG), que são instrumentos que o conselheiro precisa ler, saber interpretar e validar (representante da CEP/RO);

O orçamento é tema de capacitação

> Quando a gente tem a oportunidade de fazer uma oficina que explique o que é Lei Orçamentária, de onde o dinheiro vem, para onde vai, por que não pode ser usado com outra fonte, como pode fiscalizar, se pode dizer se ele é interessante ou não para a sua localidade, é uma satisfação gigantesca (representante da CEP/CE);

Complementarmente em relação aos temas prioritários, destacam-se ainda alguns outros exemplos de particularidades referidas pelo/as entrevistado/as das CEP antes do advento da pandemia: a Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica), a equipe de saúde da família, a participação do Fundo de Saúde, a aquisição de remédios ou de vacinas, a paridade dos CMS, a questão ambiental e do clima, a regionalização; o acesso aos serviços de saúde das comunidades distantes (percorrer por rio ou estradas de terra), os ataques ao Sistema Único de Saúde, o golpe e a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, os aspectos jurídicos, estrutural e logístico dos CES, articulação com CMS, a regulação, o sistema de informação e o papel do Ministério Público.

Ficou evidenciado nas falas das entrevistas que a educação permanente dentro dos Conselhos não deve ser uma responsabilidade apenas das CEPs.

> Não é só a comissão de educação permanente que tem que fazer processo de formação. A comissão de orçamento precisa estabelecer, em conjunto, o processo de formação na questão orçamentária [...] e, fazendo junto, a gente otimiza o recurso e a possibilidade de fazer uma discussão (representante da CEP/BA).

O representante da CEP/PB também compartilha dessa responsabilidade conjunto entre as comissões dos CES com as capacitações.

Podemos indicar como aspectos de sínteses ou para reflexões posteriores de que a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS ainda não se constituiu uma referência para a maioria dos CES, além de não ter sido referenciada pelo/as entrevistado/as. Outro indicativo que nos faz apresentar esta suspeita é a frequência do uso do termo capacitação, e só secundariamente a expressão educação permanente. A necessidade normativa, do aspecto legal e do *dever ser*, predominam como demanda e conteúdo de capacitação.

Metodologias dos processos de Educação Permanente

A partir das falas dos/as representantes entrevistados/as sobre as metodologias dos processos de Educação Permanente utilizadas pelas CEP antes do advento da pandemia, foi possível observar como referências: reuniões presenciais, capacitações presenciais, oficinas presenciais e rodas de conversa presencial. Uma estratégia para viabilizar as capacitações presenciais descentralizadas no estado foi realizá-las por região com um agrupamento de municípios (representante da mesa (CES/PB), outra opção era pelo deslocamento de membros da CEP e da secretaria executiva do CES para fazer capacitações regionais (CEP/SP, ES e MG), também tivemos relato de articulações de capacitações regionais realizadas pelos próprios CMS que solicitaram o apoio da CEP do CES (representante da CEP/MA).

Ainda com a frágil elaboração em termos de explicação ou conceito de metodologia, as entrevistas destacam perspectivas de capacitações participativas. Há referências de utilização de metodologias ativas, outros referem trabalhar com base na educação popular (conforme a perspectiva de Paulo Freire). E o representante do CEP/MA explica em seu conceito de capacitação de que a educação bancária não é uma perspectiva metodológica capaz de formar conselheiro/as de saúde: "No meu entendimento, quando chego no interior, falo 4 horas, apresento o slide 4 horas e venho embora, isso não é capacitação". Complementando o entendimento de uma formação com metodologia participativa o representante da mesa do CES/RO afirmou que a proposta dos trabalhos dos encontros deve ser de

> promover a reflexão sobre a ação e a construção de sentidos pelos conselheiros sobre a forma como estão desenvolvendo seu trabalho, levando-os a pensar na sua realidade e sobre o que podem fazer para além do que acreditam. Ser conselheiro/a não é apenas esperar reunião ordinária.

Na mesma direção expressa o representante da CEP/BA "em termos de metodologia nada é estático. O processo de formação precisa ter flexibilidade, saber ouvir, reunir e envolver alguns atores e atrizes no processo da elaboração da construção inicial. Essa é uma estratégia que sempre dá certo".

Sobre o material utilizado nas atividades de capacitação houve pouca descrição. O representante do CEP/MA comentou que nas atividades de educação permanente nos municípios realizadas pelo CES, se utilizavam dos slides e apostilas do Conselho Nacional, sendo 16 horas-aula.

As atividades de capacitação muitas vezes se realizavam com parceria com as Escolas de Saúde Pública dos estados (representantes da CEP/SP e CEP/MG), as universidades, Tribunal de Contas e Controladoria Geral da União. Nessas parcerias muitas vezes a elaboração do material é feita ou indicada pelas entidades parceiras do projeto de capacitação.

Em termos de carga horária tivemos relatos de capacitações planejadas para se realizarem com 4 e até 60 horas. Com turno único de atividades presenciais, dois dias seguidos ou até 5 módulos (encontros), quando o planejamento envolvia carga horária maior.

Para mobilização e divulgação das atividades de capacitação usa-se os recursos tecnológicos (podcast, redes sociais, e-mail, WhatsApp, site, telefone). A representante da CEP/MG afirmou que além das redes sociais, utiliza-se também "do boca a boca". Em alguns locais estudantes universitários/as são apoio das CEPs para a divulgação e realização das capacitações.

Para as capacitações alguns/mas entrevistado/as indicaram que possuem como público prioritário os conselheiros/as novos/as (representante do CES/SP), já o representante do CEP/PA comentou que é importante integrar

usuários/as com agentes de saúde e membros de fóruns de políticas públicas. O representante do estado da Bahia destacou como público importante nas atividades de capacitações os/as estudantes universitários/as.

Na sequência destacaremos algumas falas das entrevistas quanto às metodologias e experiências de capacitação:

> a gente tinha rodas de conversa e capacitações pequenas, bem pontuais, com uma certa frequência. E tentávamos, inclusive, levar isso para o interior do estado (representante da CEP/ES);

Outra metodologia indicada é a utilização de rodas de conversa nas associações de bairro (representante do CES/MS). No CES/MS o representante da CEP completou que

> as discussões eram levadas para as comunidades, em um processo de multiplicação nas aldeias. O objetivo da multiplicação era tentar criar dentro da comunidade um senso crítico e trazer as bases do SUS. Esse processo era feito com moradores, lideranças de bairros e, em alguns momentos, elaborados materiais para divulgar e trazer o conhecimento ou dividindo o que a gente aprendeu;

A realização de curso de qualificação em parceria com a Escola de Saúde Pública com base na metodologia freireana

> propiciou a aproximação do conselho estadual aos conselhos municipais bem como o atendimento presencial como metodologia utilizada para os conselhos municipais que desejassem ir ao CES, com agendamento prévio, para explicar dúvidas e receber orientações (representante mesa CES/MG);

A adoção nas capacitações com metodologia ativa nas oficinas de educação permanente, foi utilizada em Goiás a discussão sobre as necessidades dos conselheiros/as. Mas o/a representante do CEP avaliou que

> reunião de metodologias ativas, com discussão, com problema, tem que ter cuidado, porque vira enxurrada de palpite. Uma coisa

> é discutir, outra coisa é ficar ouvindo palpiteiro. É preciso avaliar o problema, fazer um *brainstorm*" (CEP/GO).

Para o representante da CEP/DF a utilização de metodologias ativas significa "uma iniciação do/a conselheiro/a de saúde para que ele/a, com a 'mão na massa', tenha mais conhecimento".

Das referências metodológicas em relação às práticas de educação permanente alguns/mas entrevistado/as demonstraram preocupação com o registro e sistematização das práticas e experiências realizadas. Segundo eles/as, dessa forma a história do CES vai sendo registrada, permitindo acúmulos e avaliações futuras. A representante da CEP/MG sugeriu que "a gente precisa sistematizar mais, começamos a nos preocupar também em registrar. As coisas se perdem. Nós fizemos até um podcast, a gente chamou a Barrios [...] Conta como é que foi o processo da Câmara Técnica de Educação Permanente até aqui". No Rio Grande do Sul

> antes do advento da pandemia, se realizou a digitalização de plenárias, documentos e conferências realizadas e a publicização do material na página do conselho. Foram realizadas entrevistas com vários/as presidentes de conselho, pessoas historicamente envolvidas com a construção do CES (representante da CEP/RS).

Educação Permanente para o controle social no SUS no contexto da pandemia: dinâmica de atividades remotas e temas dos CEPs

O isolamento social, principal medida para diminuir o contágio pela covid-19, impossibilitou a dinâmica presencial de funcionamento através de reuniões, discussões e articulações das CEPs. Ao mesmo tempo, a gravidade da situação exigiu medidas rápidas, abrangentes e inovadoras de comunicação com a sociedade, entre os próprios conselheiros, com os CMS e com as entidades parceiras. A comunicação de forma remota foi o caminho encontrado e ampliado no período na sociedade de forma geral e pelos Conselhos. Esta nova forma de comunicação, já presente na sociedade, mas pouco socializada,

colocou a exigência de rapidamente os/as conselheiros/as se apropriarem e adquirirem novas habilidades comunicacionais por meio virtual.

Os/as entrevistados/as, ao comentarem sobre a dinâmica organizativa e as atividades remotas das CEPs no período que a pandemia exigiu distanciamento social, não desvincularam a dinâmica das CEPs da dinâmica maior do CES. Ou seja, a particular organização das CEPs no contexto da covid-19 não foi diferenciada na expressão dos/as entrevistados/as. Todavia, alguns entrevistados revelaram que as CEPs estiveram um longo período paralisadas e levaram mais tempo que outras comissões para retomar as atividades, mesmo que de modo virtual.

O conteúdo das entrevistas revelou duas ordens de dificuldades na dinâmica dos CESs e das CEPs quanto a modalidade de atividades remotas: a) as dificuldades de acesso a equipamentos (celulares e ou computadores suficientemente atualizados para trabalhar com os aplicativos e as várias plataformas virtuais) e rede de internet compatível e adequada, que variava também conforme e localização territorial; e b) habilidades do/as conselheiros/as muito diferenciada, conforme condição socioeconômica, escolaridade, profissão e faixa etária, para lidar e manejar os aplicativos e as várias plataformas virtuais, nas suas diferentes versões, funcionalidades e linguagem.

Além destas duas grandes ordens de dificuldades, que foram reconhecidas pela maioria dos/as entrevistados/as, a valorização da realização das atividades virtuais e o uso das redes sociais foram bastante diferenciados. Alguns entrevistados avaliaram que as ferramentas de tecnologia digital já deveriam ter sido mais utilizadas antes da pandemia.

> Precisou chegar a pandemia para fazer a gente usar essas ferramentas. Essa questão de contato físico é importante. Faz diferença? Faz. Mas também não podemos ser hipócritas porque a gente vive no Facebook, no Twitter e no Instagram. E agora estamos usando as mesmas ferramentas para coisa que tem relevância. Essas ferramentas geram economia e ganho de tempo. A questão que se coloca é se essas ferramentas têm a mesma eficiência e o mesmo impacto das atividades presenciais. De qualquer forma, penso que essas coisas todas vieram

> para ficar, e eu acho que a gente está fazendo um bom uso disso. Ainda ressalvo, tem a questão que é preciso observar: não é todo mundo que tem acesso e equipamento, mas eu acho que a gente não vai fugir disso, isso veio para ficar (representante da CEP/SP);
>
> nesse momento há dúvidas sobre se faz, como faz. Sempre que o Conselho foi chamado, havia a participação no intuito de aprender como fazer as atividades de forma remota (representante da mesa do CES/DF).

Já a representante da CEP/DF complementa que

> o uso das ferramentas, de tecnologias, da internet foi um facilitador. Praticamente todas as reuniões do Conselho, incluindo as da CEP são feitas de modo virtual. Então não há problema nenhum, o chamamento é feito pelo WhatsApp e as reuniões são feitas pelo Zoom ou pelo Teams. Utilizando essas ferramentas ficou muito fácil, não dá problema nenhum. Há ocasiões até que nós fazemos a convocação pela manhã e temos reunião à tarde".

Mas observou o entrevistado:

> a grande dificuldade hoje da capacitação é o acesso à internet, porque todo mundo sabe que internet é cara, é paga, e muitos não tem um computador.
>
> Houve muita dificuldade em conseguirmos acertar essa nova rotina de atividades. Muitos/as dos/as conselheiros/as não conseguiram se adaptar. Nós estamos há um ano nessa modalidade e ainda tem conselheiros/as que dizem ter dificuldades, essa barreira tecnológica nos afeta como um todo (representante da CEP/RO).
>
> É preciso reconhecer que em um estado como a Bahia, não há como traçar uma estratégia única, porque municípios não têm internet ou a internet é precária. Ainda, as situações sanitárias dos municípios são diferentes umas das outras. O primeiro desafio foi reconhecer que o processo de sucateamento do conselho faz com que ele seja uma das áreas da secretaria que menos é investida de tecnologia. Os computadores do conselho ainda são aqueles que ninguém mais

quer. [...]. Você acaba não tendo tecnologia suficiente para fazer uma *live*. Não tem uma equipe técnica para produzir ou lidar com a tecnologia. A outra questão é que o sofrimento das pessoas durante o processo da covid-19 ou pelas consequências da doença, fez com que muitos companheiros e companheiras desistissem, desanimassem. Então como é que a gente também cumpre esse papel de animar as pessoas e dizer 'olha, vamos pensar numa nova estratégia? A educação permanente ficou um pouco parada. Nós estamos em um processo de parceria com o Conselho Nacional, com os módulos de formação que o Conselho Nacional está trazendo (representante da CEP/BA).

A pandemia, em síntese, trouxe uma necessidade de falar de tecnologias digitais, de treinar mais o acesso, de escolher outras ferramentas para atuar". Todos nós percebemos que, em alguma medida, esses encontros virtuais têm deixado a desejar no que diz respeito às contribuições para a efetivação de algumas propostas. [...] Se os/as participantes utilizando essas ferramentas conseguem se entregar, participar efetivamente, discutir, fazer seus registros, abordar, a coisa acontece da mesma forma como presencial. É claro que nada substitui o contato, o diálogo daquele encontro presencial. [...] É um grande desafio, mas elas são uma saída positiva, desde que muito bem pactuado o seu uso, bem organizada a sua dinâmica, sua metodologia, para que o controle social possa manter a participação nas tomadas de decisão (representante da mesa CES/RO).

Ao CES/AL já foi solicitado a montagem de computadores novos e com a conectividade melhor, com a ferramenta para o trabalho presente e futuro. Estamos trabalhando agora com os municípios, com gestores através do COSEMS, para que dê uma estrutura para os conselhos, vão precisar de conectividade, um computador moderno, que consiga se conectar, não só no seu município, mas com o estado. Sei que vamos chegar a esse patamar de trabalho presencial novamente, mas as ferramentas digitais vão ser mais usadas, e precisamos de cuidado com os conselhos para que tenham a estrutura necessária e permaneçam conectados (representante do CES/AL).

A grande dificuldade da capacitação é o acesso à internet, porque a internet é cara. A gente está planejando conseguir, através dessa capacitação, uma sala, uma unidade básica de saúde, que possa disponibilizar computadores para que os/as participantes, que não

> disponham de recursos se desloquem até essa unidade, e através da internet da UBS, e mesmo do computador, seja possível participar. Porque é o empoderamento do/a conselheiro/a, onde vai ensinar o controle social propriamente dito (representante da CEP/DF);

> No período pandêmico foi muito difícil buscar parcerias, pois as faculdades basicamente não estavam funcionando, a gente não teve acesso a plataformas. Recentemente alguns de nós conseguimos via sindicato. Aos poucos, a faculdade surge, oferece apoio psicológico, o sindicato faz reuniões, o sindicato de Paranaíba realizou um levantamento com relação às problemáticas e a saúde dos trabalhadores (representante do CEP/MS).

No que se refere aos temas comuns prioritários suscitados pela pandemia da covid-19 como pauta das atividades das CEPs, foi possível observar que a atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade e saúde mental, no enfrentamento à covid-19, ganhou predominância, substituindo as pautas sobre normativas da legislação, instrumentos de gestão, papel do conselho e dos/as conselheiros/as. Outros temas que envolveram debates nas CEPs, como possíveis conteúdo de capacitação, que nem sempre se realizaram foram destacados por vários entrevistado/as, estavam relacionados a covid-19: sobrecarga do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, a prevenção ao contágio, o negacionismo, a falta de empenho do empenho do Governo Federal, a vacinação contra a covid-19 em articulação com a situação política brasileira, saúde mental, fome, disseminação de notícias falsas (*fake News*). A representante da CEP/MG destacou também, como temas prioritários, a Saúde da Mulher e a violência sexual, os desafios dos/as trabalhadores/as da saúde e dos demais trabalhadores das áreas essenciais.

Na sequência destacaremos algumas falas das entrevistas:

> A informação verdadeira e objetiva precisa ser o principal antídoto das *fake news* e do negacionismo. Agora, como que a gente vai injetar essa informação nas camadas populares? Precisamos de objetividade, clareza e sensibilidade para traduzir e levar essas informações para um diálogo franco e aberto. Se não for presencial, que seja de forma remota (representante da CEP/ES).

> Realização de capacitações sobre o tema das plataformas online, o debate sobre os movimentos sociais mais ignorados, como a população privada de liberdade, LGBT, de favela, a população de rua. Também o trabalho com temas como hanseníase, psoríase, AIDS, DST, saúde mental, tuberculose (representante da CEP/RJ).

> A invisibilidade dos/as trabalhadores/as dentro da área da saúde no que se refere ao acesso à testagem para Covid-19 e à saúde mental. A saúde do/a trabalhador/a, os/as trabalhadores/as estão adoecidos/as, esgotados/as. [...] Também a violência doméstica. Eu escutei a frase de uma moradora que disse: 'eu quero a minha vida de volta' (representante da CEP/MS).

> O acompanhamento das atividades está sendo remoto. No ano de 2020, foram realizados diversos aulões enquanto CEP em que foram reunidos os conselhos regionais também. Essas capacitações, que antes eram realizadas nos locais, nos conselhos regionais, passaram a ser realizadas de modo virtual, sendo transmitida pelo Facebook, e passaram a ser chamadas de aulões (representante da CEP/SE).

A experiência de aulões também foi reportada pelo representante do CEP/BA.

> Não adianta, por exemplo, eu ter uma capacitação num ambiente virtual, imaginando que eu esteja falando com a pessoa a quilômetros de distância, com a frieza da tela do computador, como se ela tivesse ali, na minha frente. Então eu preciso ter outras estratégias, e outros métodos, que proporcionem ou que gerem interesse, para que a pessoa se concentre naquela atividade que está sendo realizada (representante da CEP/ES).

A fala do representante da CEP/SC

> nós temos o *Whatsapp* do Conselho Estadual e dos conselhos municipais. Convidamos para falar sobre a Covid-19 deputados/as vinculados/as à saúde, da Comissão de saúde da Assembleia Legislativas, do Ministério Público. Enviamos convite e *link* para cada município por e-mail. E temos uma parceria com o COSEMS, assim utilizamos a página do Youtube deles, as pessoas podiam comentar e perguntar pelo chat.

Destaca-se nas atividades e capacitações, pela modalidade remota, a preocupação do/as entrevistado/as em comunicar e envolver, de fato, os/as participantes. Assim como, em como fazer metodologias participativas por este meio, para além do desafio do acesso a rede de internet, pacote de dados móveis e habilidades para lidar com as plataformas. Condições essas que na grande maioria dos casos depende da condição socioeconômica de cada conselheiro/a. E dada a dinamicidade dos Conselhos e a renovação frequente dos/as integrantes do Conselhos e das CEPs, é necessário um processo contínuo de educação permanente, e sejamos redundantes, que seja permanente e renovado conforme as necessidades de seus sujeitos, conforme as referências democrático-populares do SUS em cada momento da história.

A relação entre CEP e CES e destes com as Oficinas de multiplicação do CNS

Como já apresentado no item 2 deste texto, dentre as atividades da CIEPCSS, foram citadas especialmente as oficinas de multiplicação de conselheiros/as de saúde nos estados, objeto dos projetos de Formação para o controle social que resultaram de Carta Acordo entre CNS e OPAS, e tendo o CEAP como instituição executora. Como uma espécie de avaliação das oficinas de formação realizadas, o/as participantes do estudo da mesa diretora e das Comissões de Educação Permanente dos CES foram convidados/as a comentar nas entrevistas. No entanto, nem todos os/as entrevistados/as chegaram a participar das oficinas, mas revelam ter conhecimento da sua realização. Também observamos que nem todos/as os/as entrevistados/as conseguiram diferenciar que foram dois projetos e que aconteceram em períodos diferentes. Pareceu estar mais presente nas falas dos/as conselheiros as oficinas realizadas no período da pandemia, mas em geral não houve distinção sobre o período de oficinas, se foram as presencias ou as na modalidade remota.

A partir das falas dos/as representantes das CEP entrevistados/as sobre a relação entre as CEP dos CES com as Oficinas do CNS e na multiplicação, antes do advento da pandemia, se observou como tendência um panorama no

que se refere à boa receptividade do Projeto das Oficinas, com qualificações positivas nos seguintes termos: "fundamental", "significativo", "grande aceitação", "busca de informações", "incorporado ao CES", "envolvimento", "aprendizado" e "muito bom". As avaliações positivas são exemplificadas nas falas a seguir, nas quais muitos/as conselheiros/as já descrevem parte do processo e desdobramento.

> As pessoas que foram capacitadas saíam com muitas perguntas. Iríamos procurar resolver essas perguntas fazendo um primeiro encontro no município. A partir dessas demandas levantadas, pretendíamos montar nos Conselhos Municipais a Comissão de Educação Permanente (representante da CEP/RR).

A representante relatou também que participou da segunda etapa presencial.

> A gente tinha feito toda uma programação, porque foi pedido para visitarmos os interiores, mas não teve mais como a gente visitar os interiores para fazer a capacitação (representante da CEP/RR).

> Houve a participação no seminário da primeira etapa. Maravilhoso, nota 10 mil, foi excelente, excelente mesmo (representante da CEP/AP).

A representante da CEP/PA afirmou que a primeira etapa das oficinas ocorreu no estado em 2018 e participou como gestora.

> Foi muito bom, houve a construção do projeto de regionalização, com a participação da OPAS, do Ministério da Saúde e do CNS. Um dos principais temas e foco dessa oficina que participamos foi a construção e a concepção do plano de regionalização do Pará (representante da CEP/PA).

> É importante dar valor ao CNS como uma liderança do controle social, por essa característica combativa que o conselho tem. E a outra instituição que eu queria reconhecer é o CEAP. Preciso muito elogiar o CEAP pela postura que tem, pela compreensão da necessidade da formação, da capacitação do povo. O povo a que

> eu me refiro é um povo com P maiúsculo [...]. É ensinar o povo a reclamar seus direitos. Vida longa a todas essas instituições: ao Conselho Nacional de Saúde, aos Conselhos Estaduais de Saúde, aos Conselhos Municipais de Saúde também, vida longa ao CEAP... (representante da CEP/ES).

> Foi muito interessante a participação porque se constituiu em uma oportunidade de trazer para o Ceará, junto ao CNS, uma formação que estava sendo ofertada a outros estados (representante da CEP/CE);

> O Conselho Nacional e a Comissão Nacional de Educação Permanente enviavam as diretrizes de como seriam as capacitações e automaticamente nós mandávamos para os conselhos avisando e convidando para participar. Sempre que a Comissão Nacional de Educação Permanente nos chamava, nós fazíamos a multiplicação nos municípios. Então, da minha parte, foi sempre coesa a participação (representante da CEP/PB);

> Foi bom participar da primeira etapa das oficinas porque tivemos um exercício para fazer, no intervalo entre uma etapa e outra, na segunda etapa a gente preenchia um formulário para ter um acompanhamento. Eu achei muito importante, muitas pessoas deram *feedback,* escreveram no grupo de *Whatsapp*. Achei que isso envolve bastante as pessoas. Eu permaneço no grupo e faço agora o acompanhamento à distância. É importante deixar a reflexão, uma 'tarefa de casa', porque as pessoas não guardam o conhecimento na gaveta, esse conhecimento fica exposto (representante da CEP/PE).

Outra complementa que a realização das oficinas "foi um processo prazeroso e doloroso porque tudo o que é colocado nas oficinas é o que deve acontecer". Mencionando o desafio de levar conhecimento para a base,

> que pode estar acostumada a fazer de forma diferente e, por isso, pode não aceitar muito bem o que está sendo levado sobre, por exemplo, o conhecimento de que o Conselho Municipal é um órgão deliberativo, que não vai mandar nos poderes, mas precisa direcionar (representante da CEP/MS).

O tema do financiamento foi um dos temas que emergiram para o debate e para a formação.

> O foco do controle social não deve ser somente o financiamento. A gente sabe que o financiamento é um subfinanciamento. O Previne Brasil foi um tema muito pedido pelos próprios conselhos municipais. As secretarias de saúde municipais pediram temas com foco principal no financiamento. Mas eles também querem entender da Lei 8080, a 142, LOA. Eles pedem porque há uma rotatividade de conselheiros/as. Esses temas são sempre recorrentes (representante da CEP/PA).

Sobre aspectos limitadores na realização das oficinas o destaque foi para a falta de adesão ou de comparecimentos dos/as inscritos/as. Sempre houve a participação de um representante, mas poderia ter mais adesão em termos de participação de conselheiros/as (representante das CEPs do RS, MS e GO). Não se trata propriamente de aspectos limitadores, mas a representante da mesa CES/RJ deixou uma sugestão para o CNS

> embora a gente saiba do impacto da pandemia, acredito que o Conselho Nacional poderia trazer um pouco mais o Conselho Estadual 'para perto' e ao mesmo tempo orientá-lo durante a pandemia, porque o conselho estadual ficou muito perdido nesse processo.

A suspensão das atividades presenciais com o início da pandemia foi relatada por alguns/mas como um impedimento da continuidade de projetos de formação. Mas o/as entrevistado/as relataram a adaptação ao contexto da pandemia com seus desafios e realizações. Algumas descrições na sequência.

> Em 2019, já havia o calendário para fazer as oficinas do estado para capacitação de conselheiros. Foi uma coisa muito boa, nós trabalhamos e informamos todos os municípios sobre as oficinas de capacitações. Mas logo antes de acontecer veio a pandemia, teve que parar tudo. Nós não fizemos até agora essas oficinas (representante da CEP/PI).

Havia também um projeto de fazer cartilhas para distribuir com as informações, mas que não foi possível colocar em prática em função do início da pandemia (representante da CEP/SE).

Com a pandemia todo o material das oficinas foi encaminhado para os/as conselheiros/as e eles dialogam nos grupos de WhatsApp, nas reuniões dos fóruns dos/as usuários/as e dos/as trabalhadores/as. Foram utilizamos esses dois meios, as reuniões do fórum e os grupos para poder discutir nas comissões tudo o que vem do Conselho Nacional (representante da CEP/PR).

Houve dificuldades com as oficinas no período da pandemia.

Alguns conseguiram ter acesso, para outros foi mais difícil. Sobre isso não tenho como culpar alguém, mas sim os meus parcos recursos com relação à internet, que hoje está melhor. Mas foram repassados os links para que o pessoal pudesse entrar e participar. Porém, há uma carência com relação ao acesso à tecnologia, que nem todo mundo tem (representante da CEP/MS).

Para nós, foi um momento para nivelar o conhecimento, de poder dizer que todo mundo que está lá no sul, passando frio da peste, está tendo a mesma formação que nós que estamos aqui neste calor da peste. Isso tem sido muito legal. A gente fez uma troca de experiências dentro de algumas pautas atuais sobre a covid-19, como os estados têm visto e enfrentado esta pandemia, qual foi o posicionamento desses conselhos, dessas pessoas dentro das suas representações. [...] deixou algumas pessoas mais motivadas (representante da CEP/CE).

A pandemia provocou desencontros nas inscrições, antes realizadas para modalidade presencial e com o adiamento e mudança para a modalidade remota, muitos inscritos já não eram mais dos conselhos. De outros não havia mais o contato: [...] não existe mais, o telefone mudou, e-mail não respondia. Não tivemos êxitos com a maioria. Por outro lado, boa parte dos/as nossos/as líderes se inscreveram por estarem participando dos conselhos. A minha esperança é que a gente consiga desenhar um/a egresso/a com um perfil multiplicador/a (representante da CEP/GO).

Especialmente da realização do primeiro projeto que teve grande centralidade em 2017, os/as entrevistados/as comentam seus desdobramentos ou projetos que visam a continuidade da formação de conselheiros/as de saúde nos estados nos seguintes. Vejamos alguns exemplos:

- Em Sergipe o projeto de formação do controle social do CNS foi incorporado no estado;
- Uma representante da CEP do CES de Mato Grosso do Sul MS afirmou que uma das primeiras ações do Fórum de Educação Permanente em Saúde foi à formação das comissões dos conselhos municipais que, posteriormente, fizeram o levantamento de como estavam os trabalhos nas Unidades Básicas de Saúde, sobre a saúde do trabalhador, o índice de satisfação da população com os atendimentos e quais eram reclamações:

> Na época houve resistência porque não estavam acostumados a ter as comissões nas bases. Não havia o costume de conversar com o/a usuário/a, de saber como está o serviço para direcionar. Então foram bem bacanas as parcerias com os conselhos (CEP/MS);

> O conselho estava realizando um processo bem audacioso na secretaria porque havia sido colocada a capacitação de 3 mil conselheiros no plano estadual de saúde. Essa capacitação seria realizada de forma presencial, com produção de conteúdo, com dois tutores em sala de aula fazendo a modalidade de metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Nós conseguimos aprová-lo em todas as etapas na gestão, na câmara técnica do conselho, na câmara técnica de educação permanente do estado e na CIB. Quando tudo se formalizou, fizemos o edital de seleção de docentes (representante da CEP/GO).

Todavia, esse/a representante mencionou ainda que no momento de transição da gestão saiu da gerência da escola e a pessoa que assumiu seu posto seguiu com o processo.

- Membros do CES/RS têm participado bastante do Projeto do CNS, desde a primeira oficina do projeto piloto, e

> estamos tentando pensar em um projeto de acompanhamento para a multiplicação. Claro que se a gente tivesse uma equipe, uma participação social de número de entidades, sempre poderia expandir (representante da CEP/RS);

> Os materiais utilizados nas oficinas são disponibilizados e isso ajuda os/as conselheiros/as a estudarem (CEP/AP);

- O CES do Acre estava planejando um curso de capacitação, quando apareceu o segundo projeto CNS/OPAS/CEAP em 2020 e

> a gente viu que a nossa ação seria melhor se juntar com a do CEAP. Então a gente trouxe o nosso projeto (representante da CEP/AC);

> Muitas vezes, uma fala que vem do Conselho Nacional de Saúde para mim entender é mais fácil, mas muitos materiais nós tivemos que transcrever em alguma linguagem ao qual o/a conselheiro/a municipal que está longínquo, pudesse entender. Por isso, eram enviados o documento original e a transcrição que foi realizada para que ele pudesse comparar. Não foi possível fazer capacitação presencial e o trabalho foi virtual. Então essa dinâmica a gente levou para alguns conselhos e deu certo. Todo o material extraído do Conselho Nacional de Saúde foi levado para os conselhos municipais de saúde, via mala direta ou WhatsApp (representante da CEP/PB).

Notas finais

Este texto bastante descritivo está denso de história, experiências e de informações empíricas sobre a educação permanente para o controle social no SUS. Estas descrições, especialmente dos itens um e dois – construção da política nacional de educação permanente para o controle social no SUS e a trajetória organizativa e as ações da CIEPCSS - ainda merecem ser adensadas, ser objeto de novas pesquisas e avaliações da sua implementação e atividades.

A parte três do texto, resultado de entrevistas com conselheiros/as estaduais de saúde é uma expressão da pertinência desta Política Nacional. Ainda que esteja em forma de apropriação pelos diferentes segmentos que compõem os conselhos e precisa constantemente ser reapresentada, comentada e divulgada - dada a rotatividade e recomposição que os conselhos sofrem periodicamente por força de lei - as falas dos/as entrevistados/as explicitam sua relevância e legitimidade social, especialmente dentro do SUS.

De toda forma, a construção da Política Nacional e os anos de funcionamento da CIEPCSS expressam que o cumprimento de sua missão é a necessidade contínua da formação e atualização dos/as conselheiros/as de saúde pelas mais de cinco mil municipalidades do país. No entanto, é um processo que está longe de qualquer linearidade ou homogeneidade, inclusive da compreensão das competências e princípios do SUS, que estruturaram o chão normativo destes espaços institucionalizados como colegiados de participação social.

As muitas falas de entrevistados/as, que são densas ao longo da parte 3 do texto, revelam tamanha heterogeneidade dos CES e de seus membros. E nisso não há demérito algum, mas são uma expressão da desigualdade social que impera nos 5.630 municípios do Brasil e de que as barreiras organizativas, físico-estruturais, tecnológicas e as referências políticas são diversas e por isso renovam os desafios da PNEPCSS e da CIEPCSS. As falas dos/as conselheiros/as aqui apresentadas não densas em elementos avaliativos, indicadores de propostas para o planejamento do CNS e dos CES, as quais não tivemos possibilidade de desenvolver. Do mesmo modo, tal material pode subsidiar outros pesquisadores e analistas do tema.

Mesmo com a retomada das atividades presenciais e com o arrefecimento da pandemia da covid-19, as referências de trabalho remoto permanecem. Construir estratégias de educação permanente remotas ou híbridas fica como um desafio tendo em vista a demanda de formação para as atividades virtuais. Tais desafios são repetidamente foram colocados pelos/as entrevistado/as, mas a continuidade de oficinas utilizando os meios virtuais parece tornar mais exigente as atividades didáticas e pedagógicas

dos/as planejadores/as e instrutores/as. Contudo, ainda que nos apropriemos ricamente de todos os recursos tecnológicos possíveis, os encontros em salas e convivências entre os/oas conselheiros/as formam um caldo de aprendizagem e de articulação na construção e defesa do SUS que duvidamos que as estratégias virtuais possam proporcionar.

Referências

Borges, R. CEAP encerra formação nacional para Conselheiros de Saúde e Movimentos Sociais. **Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)**, 13 jun. 2018. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/ceap-encerra-formacao-nacional-para-conselheiros-de-saude-e-movimentos-sociais/. Acesso em: 23 jan. 2023.

Borges, R. Ceap realiza oficina de formação para o controle social no SUS em todo o país. **Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)**, 22 out. 2017. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/ceap-realiza-oficina-de-formacao-para-o-controle-social-no-sus-em-todo-o-pais/. Acesso em: 23 jan. 2023.

Borges, R. CEAP recebeu visita do Presidente do Conselho Nacional de Saúde – CNS e da Coordenadora da Comissão de Educação Permanente do CNS. **Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)**, 02 ago. 2019. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/ceap-recebeu-visita-do-presidente-do-conselho-nacional-de-saude-cns-e-da-coordenadora-da-comissao-de-educacao-permanente-do-cns/. Acesso em: 23 jan. 2023.

Borges, R. Suspensão temporária de atividades públicas. **Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)**, 17 mar. 2020. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/suspensao-temporaria-de-atividades-publicas/. Acesso em: 24 jan. 2023.

Brasil. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Diretrizes_Capacitacao.PDF. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 20 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia do Conselheiro**. Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório das oficinas regionais compartilhadas de educação permanente para o controle social no SUS**. Conselho Nacional de Saúde. Éveni Meireles Costa dos Santos. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

Brasil. **Plenária Nacional de Conselhos de Saúde** (11.: 2002: Brasília, DF). XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, 1 a 3 de dezembro de 2002: manual do participante / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

Brasil. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde:** resgate histórico do controle social no SUS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., 2006. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS)

Brasil. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000:** o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2003.** Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos e o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Bravo, M. I. S.; Correia, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.** [online]. n. 109, pp. 126-150, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 24 fev. 2024.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. Educação permanente em saúde. In. PEREIRA, I. B.; França J. C. **Dicionário da educação profissional em saúde**. n. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Concepção e viabilização do projeto**. Passo Fundo: Saluz, v. I, 2018a. – (Coleção Formação para o controle social no SUS). 141 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Construção dos materiais de apoio e pedagógicos para desenvolvimento do projeto**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018b. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3; v. III).

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Desenvolvimento das oficinas**. Passo Fundo: Saluz, v. IV, 2018c. – (Coleção Formação para o controle social no SUS). 126 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Formação da equipe de educadores(as)**. Passo Fundo: Saluz, v. II, 2018d. – (Coleção Formação para o controle social no SUS). 105 p.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Entrevistas com conselheiros e conselheiras de saúde estaduais**. Passo Fundo, Saluz, v. 2, 2022. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol2_entrevistas-2022.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pesquisa controle social no SUS. Coleção completa Covid-19 e o controle social no SUS:** impactos, dinâmicas, pautas e estratégias. [s/d]. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus/. Acesso em: 24 jan. 2023.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf Acesso em: 13 mar. 2024

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 33, de 23 de dezembro de 1992**. Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. 1992. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm. Acesso em: 31 jan. 2023.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Plano de Trabalho da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS – 2016/2019**. 2016. Não publicado.

Ferreira, L.; Barbosa, J. S. De A.; Esposti, C. D.; Cruz, M. M. da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, Jan-Mar, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017; https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt. Acesso em: 24 jan. 2023.

Kruger, T. R. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, n. 75-90, 2008. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/125/123. Acesso em: 24 jan. 2023.

Leite, C. M.; Pinto, I. C. de M.; Fagundes, T. de L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra- hegemonia? **Trab. educ. saúde**, v. 18, suppl 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250. Acesso em: 24 fev. 2024.

Matias, M. M. M. **Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula:** um olhar a partir dos documentos. 2016. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2016. 92f.

Matias, M. M. M.; Barrios, S. G.; Silva, M. da C. Educação permanente para o controle Social no SUS. In: Kujawa, H. A. (org.). **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C: OPAS, 2021.

Martorano, L. C. **Conselhos e democracia:** em busca da socialização e da participação. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

Paiva, B.; Rocha, M.; Carraro, D. Participação popular e assistência social na América Latina: teses, contextos e dilemas. In: Stuchi, C. G.; Paula, R. F. S.; Paz, R. D. O. (Orgs.). **Assistência Social e filantropia: cenários contemporâneos:** inclui a lei 12.435, de 2011, que altera a LOAS: São Paulo: Veras Editora, 2012. – (Coleção coletâneas).

Stotz, E. N. **Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 145-151, 2006.

Instrumentos de gestão do SUS na pauta dos Conselhos Estaduais de Saúde

Tânia Regina Krüger

Introdução

Na realidade brasileira, os movimentos sociais em luta pela redemocratização do país nos anos de 1970 e 1980, evidenciaram a cultura política de parca herança de participação popular nas decisões sobre os serviços públicos e reivindicaram a participação da sociedade como um princípio constitucional para as políticas sociais (Brasil, 1988). Neste texto, pretendemos refletir sobre a participação no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com os instrumentos de gestão do SUS, notadamente sintetizados no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) (Brasil, 1990a, 1990b, 2009).

A partir de dados empíricos, colhidos em entrevistas com conselheiros estaduais de saúde, entre os meses de maio e julho de 2021, o estudo apresenta a apreciação dos instrumentos de gestão (Plano Estadual de Saúde - PES, Programação Anual de Saúde – PAS, Relatório Anual de Gestão – RAG, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA) pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) antes e durante o período de crise sanitária decorrente da pandemia da covid-19 que se tornou problema de saúde mundial em março de 2020.

Inicialmente esclarecemos que para tratar do Sistema de Planejamento do SUS e do princípio da participação na saúde não podemos desvinculá-los de um conceito de política social. Avalia-se como democrática a política social que se materializa pelo universalismo de direitos, a garantia da proteção e da promoção social, redistributiva para redução das desigualdades, de caráter público e com gestão estatal. Não separamos política social e política econômica, pois ambas fazem parte da mesma totalidade da riqueza social e da gestão pública. A realização de políticas sociais democráticas e universalistas

para viabilização da reprodução social e superação das desigualdades pressupõe lançar mão de políticas sociais e econômicas que se organizam na distribuição da riqueza socialmente produzida (Behring, 1998; Salvador, 2012; Pereira, 2013). E é nesta perspectiva que analisamos os depoimentos dos conselheiros estaduais de saúde quanto a apreciação dos instrumentos de gestão no espaço dos Conselhos Estaduais de saúde (CES).

Do ponto de vista da gestão pública e democrática, estes dois temas – participação e planejamento - são caros às lutas democrático-populares no Brasil. Com a análise, pretende-se avançar para além do planejamento formal e normativo, da participação passiva, executiva ou do ativismo participacionista.

Pensar, planejar, determinar o financiamento, decidir sobre as prioridades, executar, avaliar, fazer audiências públicas e divulgar serviços públicos de saúde não são exclusividades de uma ciência, de uma categoria profissional, ou de um grupo de especialista ou gestores, é uma função que diz respeito à totalidade social. Os processos de planejamento refletem os diferentes interesses envolvidos no Estado e na política social mas, na perspectiva desse texto, não devem se reduzir a um instrumento de adequação da demanda (necessidades sociais) aos recursos disponibilizados ou as intenções do executivo presente na gestão. Por isso, entendemos que o planejamento e participação nos espaços da saúde pública não estão circunscritos à arquitetura institucional do Estado, nem limitados à perspectiva política de uma gestão, mas dizem respeito ao conjunto da cidadania e suas necessidades de saúde em cada tempo histórico (Kruger; Bonin, 2015).

Apesar de previstos para iniciarem após regulamentação do SUS (em 1990), os instrumentos de gestão começam se tornar prática uma década mais tarde. Os Planos Plurianuais dos governos emergem a partir dos anos 2000. O primeiro Plano Nacional de Saúde do Brasil foi de 2004 e o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) foi estabelecido em 2006 (Brasil, 2009). Já a materialização do princípio de participação da comunidade, em conselhos e conferências, em muitas unidades da federação já era uma prática mesmo antes de 1988 (Associação Brasileira de Saúde Coletiva [ABRASCO], 1993, Gerschman, 1995; Escorel, 1998).

Desse modo, o presente texto tem como objetivo analisar as referências técnicas, políticas, as formas e os conteúdos da apreciação dos instrumentos de gestão. Os documentos analisados foram o PES, a PAS, o RAG, a LDO e a LOA pelos CES antes e durante o período de crise sanitária da pandemia da covid-19, segundo os conselheiros estaduais de saúde. O conteúdo das entrevistas gravadas e transcritas, realizadas no ano de 2021, com representantes da mesa diretora e da comissão de educação permanente para o controle social no SUS dos 27 CES do país, forma o material privilegiado para esta elaboração.

O recorte deste texto é parte do estudo e das entrevistas que identificaram a atuação dos CES na sua dinâmica, pautas e estratégias no contexto anterior e durante a pandemia da covid-19, assim como a incidência política dos conselhos, a valorização do SUS e os desafios encontrados na prática conselhista[40].

Este texto se estrutura do seguinte modo: inicialmente o objetivo nos impõe apresentar o entendimento de planejamento e a participação em saúde para além da visão normativa e dos usos no senso comum para ações da vida cotidiana. Na sequência, a atuação dos CES em relação aos instrumentos de gestão do SUS no período anterior e durante a pandemia. As notas finais fazem algumas constatações e ensaios reflexivos sobre a prática política dos CES, evidenciando suas limitações e ganhos no sentido de uma prática participativa democrático-popular.

Planejamento público e planejamento em saúde

Inúmeros são os conceitos e perspectivas técnicas sobre o sistema de planejamento[41] que encontramos na literatura, sobretudo na área da

40 O estudo com os CES, por meio de entrevistas é parte do projeto "A Pandemia da covid-19 e os impactos no controle social do SUS: dinâmicas, pautas e estratégias dos Conselhos de Saúde 2019-2021", o qual teve por objetivo identificar os impactos da pandemia, provocada pelo covid-19, na atuação do controle social. O estudo integra o projeto nacional guarda-chuva intitulado Formação de Conselheiros de Saúde – 2ª edição, firmado mediante Carta Acordo SCON2019-00192 entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Organização Pan-Americana da Saúde, o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e sob execução do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) e coordenação de Henrique Kujawa. O Relatório completo deste estudo foi publicado e disponibilizado (CEAP, 2022).

41 Chamamos sistema de planejamento pois entendemos que o planejamento não diz respeito ao plano em si como um documento formal, mas ao conjunto de ações políticas, técnicas e participativas que envolvem a construção de planos plurianuais, programação anual, relatórios de gestão, diretrizes orçamentárias e elaboração do orçamento, monitoramento, avaliação, prestação de contas. O sistema de planejamento forma um ciclo e um espiral que se retroalimenta em cada tempo histórico conforme as necessidades sociais, as necessidades econômicas, recursos humanos, tecnológicos e financeiros disponíveis/possíveis e com os interesses sociais silenciados e em disputa.

administração. Neste texto, entretanto, trabalharemos apenas a partir de alguns conceitos que podemos vincular às políticas públicas.

O Planejamento se constitui em ferramenta de gestão para escolher a direção social, orientar a tomada de decisões, estimular a convergência de esforços e focalizar a atenção nos fatores-chave de uma determinada instituição ou política social. O Planejamento representa um conjunto de prioridades e decisões que orientam a construção de um serviço, num horizonte de tempo e em determinada conjuntura. As prioridades e decisões arroladas no processo podem refletir a direção social de um trabalho, de uma instituição ou de uma política de Estado (Kruger; Bonin, 2015).

Na administração pública o planejamento é, sobretudo, uma decisão e uma escolha política que está longe de ser consensual e retilínea. O planejamento significa, então, uma intervenção e uma mediação técnico-política da estrutura administrativa do Estado para desenvolver e implementar políticas públicas econômicas e sociais. Conforme as escolhas técnicas e políticas, a periodicidade e regularidade do planejamento no setor público pode permitir que gestores, equipe técnica e os demais segmentos ou usuários participem do processo.

Assim, a delimitação dos objetivos e ações não pode perder a sua direção social, os aspectos socializantes do usufruto dos direitos sociais e econômicos da riqueza social produzida pela sociedade. Para além do planejamento de cúpula governamental, normativo ou de gerência da crise, entendemos que todos estes momentos do planejamento, na sua dimensão técnica, financeira, política e intelectual, não podem se desvincular dos processos participativos, na realização do diagnóstico, da tomada de decisão sobre os objetivos, ações e metas e na avaliação da implementação (Cardoso Jr; Cunha, 2015; Kruger; Reis, 2019).

A perspectiva aqui é que o sistema de planejamento público, de base democrático popular estruturado organizacionalmente de modo não estritamente setorial, reflita um projeto de desenvolvimento estratégico nacional e uma perspectiva ético-finalista de satisfação das necessidades da população. Compreendemos, também, que os instrumentos de gestão do sistema de

planejamento da política social podem ser veículos de materialização dos direitos sociais, assumindo, portanto, um caráter estratégico de luta social e política para ampliação da cidadania, da democracia e da igualdade. São os instrumentos de gestão que resgatam a articulação dialética entre política/finalidades e utilização de recursos/meios/técnica em diálogo com as necessidades sociais coletivas (Giovanella, 1990; Garcia, 2015, Cardoso Jr; Cunha, 2015).

No âmbito da saúde, o planejamento antes do SUS acontecia numa lógica de administração sanitária e sintonizada com o planejamento normativo nacional (Teixeira, 2010). Seguindo os princípios da administração pública definidos em 1988 quanto à municipalização e à descentralização da gestão e do financiamento, a Lei Orgânica do SUS (Brasil, 1990b) dispõe que entre as atribuições dos três entes federados está "a elaboração e atualização periódica do plano de saúde" (artigo 15º). Também o artigo 36 destaca que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. E veda a destinação de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais.

A elaboração e aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de governo possui uma vinculação direta com os espaços de participação no SUS. O artigo 36 acima destaca que os órgãos deliberativos serão ouvidos, e o art. 37 prevê que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (Brasil, 1990b). Mas a lei 8.142/1990 avançou e ressaltou o caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990a).

O Sistema de Planejamento do SUS é objeto da Portaria nº 399/2006 – Pacto pela Saúde -, estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais. Mas o propósito deste texto é destacar que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são: i) a

adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão quanto do SUS como um todo; iii) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS (Brasil, 2006).

Levando em consideração os pontos prioritários, na sequência apresentamos um quadro com as normativas sobre os instrumentos de gestão do poder público e do SUS, com destaque para os momentos que devem ser considerados a participação da sociedade, a apreciação e o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde.

Quadro 1. Normas que conduzem o processo de planejamento no SUS e funções relacionadas à participação social e conselhos de saúde.

Legislação	Funções relacionadas ao planejamento e a participação (conselhos)
Lei n° 8.080, de 19/09/90	Os artigos 36 e 37 desta Lei definem que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos
Decreto 7.508 de 28/06/2011– regulamenta a Lei nº 8.080/1990	Os artigos 15 a 19 tratam do processo de planejamento da saúde, suas características, seus instrumentos, ferramentas e a participação dos fóruns de pactuação do SUS e da sociedade nesse planejamento
Lei 8.142/1990	Art. 1°. [...] § 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado [...], atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Lei Complementar 141 de 13/01/2012	Os artigos 30, 31 e 36 da Lei tratam do processo de planejamento, do planejamento regional, do papel dos Conselhos de Saúde nesse processo e das audiências públicas para apresentação do Relatório Detalhado do Quadrimestre e do Relatório de Gestão. O §1º e §4º do Art. 30 referem particularmente sobre o processo de planejamento e participação: § 1o O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. [...] § 4o Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades
Portaria GM/MS 2.135 de 25/09/2013 Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS detalhando o que está expresso na Lei 8.080/90, no Decreto 7.508/11 e na LC 141/12.	Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. [...] § 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.
	Art. 4º A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Art. 5º No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente;
	Art. 6º O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. § 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. [...] § 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS.
	Art. 7º O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

Constituição Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I - plano plurianual; II - as diretrizes orçamentárias; III - os orçamentos anuais.	O Plano Plurianual (PPA), com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública
	A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte
	A Lei Orçamentária Anual (LOA) tem como principais objetivos estimar a receita, fixar a programação das despesas para o exercício financeiro e viabilizar a execução do plano de trabalho do exercício a que se refere

Fonte: Brasil, 1988, 1990a, 1990b, 2013.

Com este histórico de normativas, a necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS de fato se colocou na primeira década dos anos 2000, durante a elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 e ganhou materialidade formal no Pacto pela Saúde lançado em 2006. O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde (Brasil, 2006).

Portanto, vimos nesse arcabouço legal do SUS, do ponto de vista democrático, uma imbricada vinculação entre o sistema de planejamento e os espaços de participação.

Significados da participação no SUS

O termo participação nas mais diferentes correntes teóricas e políticas, nos discursos que envolvem o setor público e o privado, seja da área social, econômica ou política, seja nos movimentos sociais ou na academia, está presente e é valorizado; no entanto, seu sentido não é autoexplicável como parece. O uso do termo participação, por vezes, é tão impactante em determinados discursos político-institucionais que esconde sua materialidade e sua intencionalidade política. Com repetições estéreis e uso generalizado, o seu conceito se torna pouco específico e impreciso, a tal ponto que parece

não existirem sujeitos históricos em processo de participação e transformação, e sim um fluxo natural de participação e pertencimento (Maricato, 2012; Dantas, 2014; Fontes, 2020;).

A participação passa a ser um princípio e um direito social inscrito na Constituição de diferentes países para a consulta, a fiscalização e/ou deliberação sobre as políticas sociais, nas últimas décadas do século XX. Contudo, a facilidade de assimilação e imagem positiva (quase afetiva) que o termo participação vem apresentando sugere que a conceituação científica e política do mesmo tenha sido secundarizada, suscitando, por sua vez, um comportamento de adesão *participativista* involuntário. Vindo de todos os lados, a defesa da participação virou quase uma unanimidade. E não será ousado dizer: essa difusão quase esterilizou a bandeira da participação vinculada às lutas progressistas dos trabalhadores por seus direitos sociais e políticos (Kruger; Oliveira, 2019).

Contemporaneamente, o sentido da participação vem sendo debatido por vários autores, dentre os quais se destaca Ermínia Maricato (2012), no texto *Nunca fomos tão participativos*. Considerando existir um universo participativo, a autora convida a refletir:

> que extravasem cada pequeno mundinho que ferve de tanta atividade participativa, mas que, no entanto, não tem praticamente efeito sobre o capitalismo global ou até nacional. [...] Do Banco Mundial, passando pelo Banco Itaú e um número incontável de ONGs, a participação democrática está em todas as agendas envolvendo, de preferência, também os pobres da periferia (Maricato, 2012, p. 89).

Os movimentos do universo participacionista, segundo a autora, estão ocupados com questões relevantes, tais como gênero, raça, meio ambiente, saneamento, habitação e outros. Porém, a visão prevalecente do participativismo leva os movimentos a se ocuparem com a busca de melhores condições de vida e com pautas que possuem grande legitimidade social, mas que muitas vezes ficam contidas nos limites de um horizonte restrito, de modo a compor um cenário dividido e fragmentado, no qual a parte é

tomada pelo todo, sem tratar do presente ou do futuro da sociedade e das determinações do capitalismo.

Militantes de esquerda e de direita, organizações e partidos políticos dos mais diversos matizes ideológicos têm contribuído para o sustento do ideário participativo com perspectivas e propósitos distintos. "Não se trata, pois, de negar a polissemia do binômio participação/democracia. São evidentemente conceitos apropriados por diferentes tradições de pensamento e úteis para também diferentes posições de classe" (Dantas, 2014, p. 133).

Nos anos 2000, a ampliação do entendimento sobre a participação tem romantizado a sociedade civil, porém sem colocar em xeque as consequências da dominação econômica, fato que contribui para a despolitização da luta de classes. Toda e qualquer participação que se contentar somente com o local, e não com o central, corre o risco de ser capturada pela ideologia burguesa ao ter seu potencial de luta de classes diluído na prática participativa isolada e apequenada, tornando-se, contraditoriamente, bandeira universal, posto que inofensiva à sociedade do capital (Dantas, 2014).

A possibilidade jurídico-formal desse universo participacionista nas políticas sociais – aqui em destaque para as políticas de saúde - tem promovido, em certa medida, a socialização da política, mas não a socialização do poder de decisão político (Netto, 1990), e tampouco uma apropriação social das estruturas de poder dos governos e do Estado (Coutinho, 2008). Entende-se aqui que as estruturas de poder dos governos e do Estado não apropriadas socialmente são as seguintes: as escolhas dos Ministros e Secretários de Estado, chefes e membros dos Tribunais de Justiça e de Contas; os instrumentos de gestão do executivo (Planos Plurianuais, Relatórios de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias), emendas parlamentares, fontes de financiamento, critérios de divisão orçamentária entre as esferas de governo e entre os serviços públicos, e outras.

Assim, à luz das reflexões acima, compreende-se os espaços institucionalizados de participação popular nas políticas públicas como espaços de socialização da política, especialmente em uma sociedade que,

historicamente, excluiu a maioria da população das decisões sobre as políticas públicas e se forjou pelo autoritarismo e centralismo político. A igualdade jurídica dada na Constituição - própria da cidadania liberal - tem essencialmente sua materialização limitada pela estrutura econômico-social. Todavia, quando estes espaços de participação emergem vinculados à radicalidade da democracia popular, e não se apequenam as pautas locais e setoriais, existirão possibilidades de generalizar e intensificar o reconhecimento dos direitos de cidadania. A história das sociedades evidencia que a igualdade jurídica e a cidadania liberal ora alargam a correlação de forças e os direitos sociais e econômicos, ora restringem ou anulam. As necessidades de reprodução ampliada do capital, contemporaneamente, estão colocando inúmeros limites à ampliação da igualdade jurídica, da cidadania e da socialização do poder de decisão nas políticas sociais (Brasil 2019; Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde [REDE APS], 2019).

Embora na presente discussão estejam evidenciadas as contradições e os limites dos espaços de participação popular, tais espaços são fundamentais à luta da classe trabalhadora. Não se trata de uma luta de naturalização da desigualdade, bem ao gosto do fervilhante mundo participacionista vinculado à classe média e ao mundo empresarial, que exemplificamos com os movimentos Todos pela Educação (2020), Todos pela Saúde (2020), Instituto Update (2020), e Instituto Ethos (2020). Mas muitas interrogações se colocam: como pode haver, nos espaços colegiados de participação, a mesma concepção de liberdade, de igualdade e de direitos entre trabalhadores da construção civil, pequenos agricultores, indígenas, negros, migrantes, comerciários, empresários, trabalhadores autônomos (motoristas de aplicativos, entregadores de alimentos...) e portadores de patologias? De que maneira estes diferentes sujeitos sociais podem fazer pactos e tomar decisões por consenso? Possuem a mesma concepção e as mesmas necessidades de saúde?

A igualdade jurídico-formal dada a estes segmentos sociais minoritários e empobrecidos nos espaços institucionalizados de participação não forja igualdade na distribuição da riqueza social, mas oculta a desigualdade

da sua distribuição por meio da retórica da equidade, empoderamento e oportunidade. Ou, conforme avalia Fontes (2020), a sociedade burguesa a estimula e difunde práticas de associatividade e participação social que supostamente asseguraram melhoras para a vida social, mas essencialmente estão voltados para a 'esterilização' das lutas de classes.

Para Mota (2008), está em curso o processo de despolitização da luta de classes e do caráter classista das desigualdades sociais via a consolidação de uma nova estratégia de dominação política, reveladora de uma *pedagogia da hegemonia*, que descoloca as expressões da questão social, desigualdade e pobreza, da relação capital trabalho e as apresenta como sinônimo de excluídos, incluídos, vulneráveis ou empoderados.

Assim, os espaços de participação popular - particularmente conselhos e conferências de direitos e políticas sociais - devem ser compreendidos como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade. No caso, destacamos o potencial relativo dos espaços institucionalizados do SUS, igualmente espaços contraditórios em decorrência de sua correlação de forças e composição.

Conselhos Estaduais de Saúde (CES): atuação com os instrumentos de gestão do SUS

O conteúdo deste item, a luz das referências acima explicitadas sobre planejamento e participação, tem como objetivo apresentar e analisar as referências técnicas, políticas, as formas e os conteúdos da apreciação dos instrumentos de gestão (PES, PAS, RAG, LDO e LOA) pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) antes e durante o período de crise sanitária da pandemia da covid-19. O conteúdo das entrevistas, realizadas no ano de 2021 com representantes da mesa diretora e da comissão de educação permanente para o controle social no SUS dos 27 CES do país, gravadas inicialmente, foi transcrito e sistematizado em temas afins que constituem o material empírico desta elaboração. Ressalta-se que a apreciação dos instrumentos de gestão

pelos CES é um pequeno recorte do estudo e das entrevistas que identificaram a dinâmica, pautas e estratégias no contexto anterior e durante a pandemia da covid-19, a incidência política, a valorização do SUS e os desafios encontrados na prática conselhista na atuação dos conselhos estaduais de saúde (CES)[42].

Antes da Pandemia: apreciação dos instrumentos de gestão pelos CES

Analisando o conteúdo das entrevistas quanto à apreciação dos instrumentos de gestão (PES, PAS, RAG, LDO, LOA) pelos CES, a maioria dos participantes deste estudo indicou que o assunto está contido na agenda mínima, também chamada de pauta fixa e contínua dos conselhos. Os instrumentos de gestão possuem calendários anuais e quadrienais estabelecidos nas últimas duas décadas e as entrevistas expressaram que os conselhos já se apropriaram dessa dinâmica de apreciação, pelo menos em termos de calendário. Quanto a condição e apreciação do conteúdo dos instrumentos de gestão há grande diversidade, entre os conselhos e entre os segmentos.

Na rotina de apreciação dos instrumentos de gestão os/as conselheiros/as em geral recebem os documentos com antecedência para estudar e há prática comum de serem preliminarmente apreciados nas comissões temáticas. As apreciações nas comissões em geral envolvem complementação e detalhamento do conteúdo durante a elaboração dos documentos e, em geral, contam com a presença dos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES). É um processo progressivo e ascendente da construção e apreciação, ora a demanda parte das comissões temáticas e ora o próprio setor técnico das SES chama as comissões, mediadas pela secretaria executiva do CES. Em geral os/as técnicos/as da SES prestam esclarecimentos às comissões desde o diagnóstico situacional, indicadores, ações, metas, orçamentos e o processo/fluxo da gestão e execução orçamentária e dos serviços. Essa construção participativa e ascendente, na maioria dos conselhos, é uma estratégia antes dos instrumentos serem pautados para apreciação nas reuniões do pleno. O conteúdo das entrevistas

42 Ver nota 40

de imediato evidenciou a carência de condições técnicas dos/as conselheiros/as para apreciar os instrumentos de gestão, e reivindica assessorias específicas junto às secretarias executivas e formação de conselheiros/as no tema.

Nas questões da entrevista que dizem respeito aos instrumentos de gestão ficou evidente que alguns/mas representantes do CES parecem não conseguir diferenciar, falar e identificar com propriedade os documentos dos instrumentos de gestão. Ainda que muitos deles se identificaram como integrantes das comissões de orçamento e finanças, no conjunto, observamos referências genéricas ao plano e aos relatórios, mas sem qualquer menção a LDO e a LOA.

Foi comum aos/as entrevistados/as ressaltarem a necessidade e a importância do apoio técnico das SES tanto no trabalho das comissões e na apreciação no pleno. Tal necessidade foi justificada pela indicação das dificuldades do/as usuário/as compreenderem o documento em sua extensão e complexidade.

Apesar do que sinalizamos acima como tendência geral, há bons indicativos nas entrevistas de que em alguns estados nem sempre ocorre o processo ascendente de debate; em outros nem sempre recebem os documentos com a antecedência necessária para análise e que apesar do calendário dos instrumentos já fazer parte da rotina dos CES, várias apreciações acontecem com calendário bastante atrasado, sobretudo dos RAGs e da PAS.

Na sequência, discutiremos os relatos das particularidades e condições da apreciação dos instrumentos de gestão nos CES no contexto antes da pandemia. Em algumas falas tivemos dificuldade de identificar a qual instrumento o/a entrevistado/a se referia.

A mesa diretora é vigilante com o prazo de cada instrumento e coloca para apresentação no pleno. Mas antes, os instrumentos passam pela apreciação nas comissões. "As comissões, avaliam todos os instrumentos e passa para o pleno. Se não foi explicado, os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde têm que explicar na reunião da comissão ou do pleno", o que é apontado pelo representante da mesa do CES/Paraná.

O representante da mesa do CES/Rio Grande do Sul ao tratar dos instrumentos de gestão se concentrou no RAG.

> essa é uma discussão bem acalorada, bem forte, bem fértil dentro do nosso pleno. O Relatório de Gestão, nos últimos anos, não tem dado aprovação do pleno. Entre outros pontos, o que o governo, não é só esse, já vem dos anteriores, não aplicam o percentual dos 12%, na nossa matemática não chega a 8%. Então, temos enviado para o Ministério Público e outros órgãos públicos de fiscalização, como a Assembleia Legislativa e comissão de finanças.

Em Santa Catarina, explicou a representante da mesa, que na rotina do conselho os planos e os relatórios de gestão são apreciados pelas comissões temáticas, as dúvidas e esclarecimentos são respondidas pelos técnicos da SES. Os conselheiros recebem os documentos com antecedência para apreciar e quando as dúvidas permanecem são levadas para o debate do pleno. Sem fazer referência ao período, o representante da Comissão de Educação Permanente (CEP) do CES/Santa Catarina disse que foi "a primeira vez que o conselho estadual aprovou o plano estadual de saúde por unanimidade e com estrelinha. A primeira vez que aprovamos, [...] o nosso governo, no primeiro tempo, foi muito do planejamento, muito bom" (pelo contexto da entrevista é possível deduzir que o/a conselheiro/a se referiu ao PES do período 2020-2023).

Em São Paulo a elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) conta com o apoio do Centro Formador de Saúde do estado. Mas o entrevistado, representante da mesa, destacou que na elaboração do PES, entre as metas que se relacionavam ao Conselho, estava o compromisso deste realizar a educação permanente em 40% dos municípios do estado. E nesse sentido a parceria com o Centro Formador de Saúde foi estratégica, pois seus técnicos eram os multiplicadores juntamente com os conselheiros. Comentou o entrevistado, que os instrumentos de gestão inicialmente passam pelas comissões temáticas, as dúvidas em sua maioria são respondidas por técnicos da Secretaria e pela secretaria executiva e quando chegam ao pleno, apoiados em um parecer técnico divulgado com antecedência e normalmente em uma reunião com pauta única, é colocado em votação.

A construção do último PES em São Paulo foi em 2019, de forma ascendente, discutida nas macrorregiões e produto da Conferência Estadual de Saúde. O conselho foi acompanhando ao longo 2019 e em 2020 iria para aprovação no CES juntamente com a programação de saúde. Houve muito debate, pois os conselhos estavam divididos na avaliação sobre a programação atender aos objetivos do plano de saúde.

No Espírito Santo a representante da mesa disse que quem conseguia acompanhar e analisar melhor a elaboração do PES e do RAG era ao grupo ligado a gestão: "algumas pessoas ali que tem uma facilidade maior para escrever, até porque, como trabalham na gestão tem o tempo destinado para aquilo".

Quando a presidência do CES deixou de ser cargo nato do/a gestor/a, explica a conselheira, a situação mudou e paralisou, as solicitações do CES passaram a ser mais demoradas envolvendo mais exigências burocráticas. "Mas nós fizemos alguns enfrentamentos e exigências de documentações (para apreciar os instrumentos de gestão)". Além disso, a entrevistada ressalta a recorrente solicitação por assessorias técnicas – jurídica e contábil, para apoiar, entre outras pautas, na análise dos instrumentos de gestão – por parte do CES/Espírito Santo, porém a demanda não é atendida.

No CES/Minas Gerais antes dos instrumentos de gestão serem pauta da plenária são apreciados pelas respectivas comissões e câmaras técnicas (orçamento, financiamento, Educação Permanente, gestão da força de trabalho etc.). Essa estratégia tem melhorado o entendimento dos/as conselheiros/as sobre o conteúdo dos instrumentos de gestão.

No Rio de Janeiro, explicou a representante da mesa, os instrumentos de gestão são encaminhados às comissões e na sequência os pareceres das comissões seguem para o pleno, os conselheiros fazem suas considerações e há muita discussão. O CES/Rio de Janeiro "ainda não apreciou o RAG de 2019/2020 a gente não está com pressa, estamos vendo com calma". Explicou também a entrevistada, representante da mesa, que o CES/RJ faz cobranças, pois a gestão não faz a audiência pública de prestação de contas ao final do quadrimestre e pelo quinto ano consecutivo a gestão do Rio de Janeiro não

conseguia fazer aplicação mínima dos de 12% dos recursos estaduais em ações e serviços de saúde.

No CES/Amazonas, quando a nova gestão assumiu em 2019, após o conselho ter ficado paralisado[43], houve atrasos na análise dos instrumentos de gestão (desde 2016) o que resultou em dificuldades. A partir desses atrasos, o CES/Amazonas fez uma justificativa técnica e optou pela priorização dos pontos de pauta, começando com o relatório anual de 2019. Neste contexto, o representante da CEP apontou para a necessidade de realizar discussões aprofundadas sobre os instrumentos de gestão, como o Plano Estadual de Saúde, pois os/as conselheiros/as por vezes recebem os documentos

> 48 horas antes e já queriam que se apreciasse na reunião. Não, a gente precisa de tempo para analisar. Alegam que foi discutido na conferência, mas calma, lá é o papel da conferência, chegou ao conselho, agora é o papel do conselho, não pode confundir as coisas.

O CES/Pará, antes da pandemia, trabalhava com os instrumentos de gestão de maneira semelhante aos demais CES, mas a representante da mesa diretora afirmou que os recursos "direcionados para aquilo que é investimento da saúde da população", o conselho discute e aprova. Em caso de dúvidas em relação ao destino do recurso os/as conselheiros/as realizam perguntas para obter esclarecimentos. Para a discussão e aprovação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, o conselho realizou reuniões e palestras para explicar e discutir o que era o plano, os objetivos dos recursos etc.

No CES/Tocantins, somente em 2018, segundo o representante da mesa diretora, houve uma aprovação com ressalvas, pois de maneira geral os instrumentos de gestão são aprovados após análise preliminar da comissão de orçamento e finanças. Uma visão diferente desse processo foi explicitada pelo representante da CEP, para ele o conselho ainda tem problemas em relação aos projetos que não passam por sua aprovação: "tem coisa que a gente fica sabendo pela televisão".

43 Entendemos pela entrevista que o motivo da paralisação foi dificuldades e tensões na recomposição para mudança de gestão do CES.

O CES/Amapá enfrenta dificuldades em relação à aprovação dos instrumentos de gestão devido às inconsistências nos prazos de entrega. A partir dessas dificuldades, geralmente o conselho faz encaminhamentos para o Ministério Público. A Comissão de Orçamento do conselho solicitou uma reunião extraordinária do pleno para a discussão do parecer da auditoria sobre os RAGs e PAS de 2017 a 2019. Até o ano de 2019 era possível aprovar com ressalvas. Mas na dinâmica atual permite-se apenas aprovação ou reprovação, não sendo mais possível a aprovação com ressalvas. O conselho possui relatórios pendentes desde 2018. Até o momento da entrevista, o RAG de 2020 não tinha sido entregue, conforme relatou o conselheiro da mesa diretora, e a PAS 2021 foi entregue fora do prazo.

> É um ponto importante, mas é vergonhoso. Esse envio dos instrumentos de gestão aos/as conselheiros/as não respeita a lei 141/2012, a Resolução do CNS nº 453/2012, não respeita os prazos de entrega, atrapalhando a nossa leitura e apreciação. Se é para chegar em março, chega em outubro.

O CES/Acre, conforme relatado pelo representante da mesa diretora, integrou com duas vagas a comissão de criação do Plano Estadual de Saúde. As propostas, em sua maioria vindas da Conferência Estadual de Saúde e dos municípios, foram contempladas no plano estadual. O conselheiro classificou esse fato como uma conquista do conselho, especialmente por parte do segmento de usuários/as. A participação de conselheiros/as na elaboração do PES, permitiu, na avaliação do entrevistado, garantir que o financiamento para a estrutura do CES subisse de 200 mil para cerca de 900 mil reais.

No CES/Rondônia, os documentos são enviados com antecedência aos/as conselheiros/as, mas ainda há dificuldade por parte de alguns membros do conselho para realizar as análises dos documentos de gestão, pois não sabem fazer uma análise de sequência histórica e dos indicadores. Apesar dessas dificuldades, o conselho consegue atender aos prazos, realizar a discussão e aprovar os relatórios de gestão, conforme relatado pelo representante da mesa diretora do CES/Rondônia.

No CES/Paraíba o representante da mesa relatou que os/as conselheiros/as sempre receberam os instrumentos de gestão (sem especificar o nome dos documentos) com antecedência e "todos os itens eram analisados e aprovados, com ressalvas ou aprovados na íntegra. Sem problemas maiores. O corpo dos/as conselheiros/as é de uma capacidade muito boa em termos de análise e todas eram realizadas regularmente, sem nenhuma omissão...".

O debate dos instrumentos de gestão no CES/Sergipe, segundo a representante da mesa, sempre foi uma pauta ordinária muito extensa. "Nós normalmente deixávamos uma reunião só para essa pauta, [...] e aí quando era a pauta de programação, por exemplo, que é extensa, que tinha que debater toda a programação, deixávamos a reunião só para isso".

No Rio Grande do Norte, a representante da mesa relatou que o conselho "tem essa cultura de trabalhar o plano, trabalhar os indicadores de saúde, fazer oficinas sobre o plano e os indicadores juntamente com os técnicos do setor de planejamento, a convite deles para evitar conflitos no pleno".

A representante da mesa do CES/Pernambuco, que integra a comissão de orçamento, comentou que o Plano Estadual de Saúde em 2019 passou por apreciação da Conferência Estadual de Saúde. Alguns conselheiros participaram de um projeto de qualificação das secretarias estaduais para construção dos instrumentos de planejamento, de iniciativa do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. "O PES 2020-2023 e a PAS 2020 e 2021, passaram por apreciação das comissões temáticas e algumas oficinas para definir diretrizes, ações e metas, envolvendo todo o conselho. Com este processo de construção o PES e as duas PAS foram para apreciação do pleno", relata o entrevistado.

O entrevistado representante da mesa do CE/Alagoas relatou que os instrumentos de gestão eram trabalhados nas comissões que buscavam os/as técnicos/as qualificados/as para assessorar. Assim, "se conseguia trabalhar com o gestor o cumprimento de todas as ferramentas da gestão". Esse apoio externo é justificado pelo entrevistado porque "o conselho não tem o conhecimento técnico. Ele tem conhecimento da política da saúde".

O representante da mesa do CES/Bahia comentou que os/as conselheiros/as recebem os documentos dos instrumentos de gestão com antecedência para apreciar. "A gente se sente enquanto conselheiros e conselheiras estaduais dentro da própria saúde quando esses planos são apresentados, apesar de achar que é um pouco confuso, por ser muito extenso, mas conseguimos tirar nossas dúvidas".

Na prática do CES/Piauí o representante da mesa relatou que as comissões de controle e avaliação e a de orçamento e finanças são as que se debruçam "sobre o plano, os relatórios e os balancetes para avaliar [...]. E, muitas vezes, quando se tem dúvida, o conselho vai até o município para verificar se aquilo ali funciona, se existiu aquilo ali de fato".

A representante da CEP do CES/Ceará sinalizou que o processo de planejamento e apreciações dos relatórios pode ser mais enriquecido quando se usa "os relatórios de território (é um documento produzido pela atenção primária, que cataloga tudo) [...]. A participação popular nas tomadas de decisões, no planejamento, esse relatório de territorialização faz a diferença". Acrescenta a entrevistada que o processo poderia ser adensado com a presença "do pessoal da segurança, da assistência, da comunidade e com isso estou fazendo a formação ao vivo, porque só quem pode falar o que sente, o que passa e a real situação, cada situação dentro deste orçamento participativo, é quem vive lá".

As questões relacionadas aos instrumentos de gestão no CES/Mato Grosso do Sul, são encaminhadas igualmente nas comissões. O conselho, de acordo com o relato do representante da mesa diretora, possui apoio de uma assessoria para realizar o debate relativo aos instrumentos de gestão.

O representante da mesa diretora do CES/Goiás apontou para a reprovação dos relatórios de gestão de 2014 até 2018, por estarem "mal trabalhados". O conselheiro afirmou estar trabalhando essa questão com a gestão, e que os relatórios de 2018, 2019 e 2020 estariam no "padrão para avaliar e poder discutir sobre isso agora [...]". Ainda assim, o conselho tem reprovado alguns instrumentos ou aprovado com ressalvas, não havendo aprovações totais. "E já pelo que a gente tem visto, de 2019 para cá melhorou

bastante, [..], mas estamos fazendo um trabalho em cima disso, [...] o ideal é que os instrumentos viessem certinho [...]".

Ainda, para o representante da mesa diretora do Distrito Federal, o trabalho do CES é acompanhar o Plano de Saúde que é "o documento maior, precisa de vigília constante, e por isso quem tiver no conselho tem que ter essa capacidade de fazer o acompanhamento, e nos momentos não digo menores, mas nos momentos deliberativos, ficar fazendo permanentemente esse reforço".

No conjunto das entrevistas e dos relatos aqui destacados podemos considerar que os CES possuem um fluxo de trabalho com os instrumentos de gestão, em que inicialmente são apreciados e complementados pelas comissões, sendo isso pré-requisito para serem pautados no pleno. Os documentos em geral são considerados grandes, complexos e densos de conteúdo/linguagem e não fazem parte da vivência de muitos conselheiros/as. Além do tempo dado para apreciação dos/as conselheiros/as que foram bastante questionados, pois são reduzidos ou chegam com bastante atraso, ressaltaram que a apreciação precisa de apoio técnico dos servidores das SES. Alguns/mas entrevistados/as salientaram que os/as conselheiros/as sabem da vivência, da necessidade de saúde, da prática e não conseguem identificá-las na linguagem de diagnóstico, indicadores, diretrizes, ações e metas dos documentos dos instrumentos de gestão. Há evidente distância entre a linguagem dos/as técnicos/as, gestores/as e da maioria dos/as conselheiros/as.

Nesse sentido, o entrevistado baiano salienta que precisam de educação permanente no tema dos instrumentos de gestão.

> É preciso que haja um preparo, educação permanente, [...], a gente não tem muito como participar, por mais boa vontade dos/as gestores/as e de quem esteja lá apresentando [...] essas questões orçamentárias e outras ligadas à gestão, a gente tem que estar empoderado.

Ficou evidente, na sistematização do conteúdo das entrevistas, as dificuldades dos conselhos na apreciação dos instrumentos de gestão, poucos

falaram da aprovação, ou mesmo da aprovação com ressalvas, e não houve menção as disputas de direção técnica, de alocação orçamentária e priorização de serviços na gestão do SUS. Poucos sinalizaram os embates em relação a aplicação mínima de recursos da esfera estadual na saúde (12% dos recursos próprios conforme Lei nº 8.141/2012). Os modelos de gestão que vêm sendo adotados (criação de empresas públicas, repasse de serviços a Organizações Sociais – ambos com gestão baseada no direito privado) e os recursos aplicados em serviços próprios e ou serviços contratualizados pelo SUS, não apareceram como problema ou polêmica nos debate dos instrumentos de gestão para a grande maioria dos/as entrevistados/as.

Durante a Pandemia: apreciação dos instrumentos de gestão

No ano de 2020, o trabalho na modalidade virtual, iniciou quando muitos CES tinham acabado de aprovar o PES para o quadriênio 2020-2023. Alguns poucos ficaram com esta pendência para 2020 e aprovaram nesta modalidade de trabalho. Mas em relação à apreciação dos instrumentos de gestão no período da pandemia, o que mais se destacou na pauta foi a apreciação com calendário atrasado, RAG e PAS em especial, e os ajustes no PES e na PAS relacionados às ações de enfrentamento a covid-19.

Os/as representantes da mesa de alguns conselhos declararam que, ao priorizar as pautas relacionadas a covid-19 (decidindo como pauta fixa), tomaram a decisão de atrasar a apreciação dos instrumentos de gestão.

O debate e a apreciação do relatório de gestão e das alterações do PES no CES/Paraná e no CES/Santa Catarina, segundo as representantes da mesa, houve relativização quanto a metas não cumpridas e a reorganização do uso dos recursos em função da prioridade de enfrentamento a pandemia. A entrevistada de Santa Catarina justificou a relativização e a readequação do PES 2020-2023: "a gente tem que ter um meio termo, tem que ter um balanceamento de tentar entender a conjuntura, e claro, não deixando os abusos". O RAG foi aprovado com ressalvas e recomendações pelo pleno do CES/Santa Catarina. Quanto ao Plano Estadual de Saúde, indicou a entrevistada do CES/Paraná

"do ano passado para cá houve acréscimo no Plano Estadual de Saúde, novas metas, e agora vamos passar por avaliação no quadrimestral".

Em meio a pandemia, salientou o representante da mesa do CES/São Paulo:

> foi um momento de não sei para onde vamos, não sei o que fazemos, não sei o que acontece no mundo, mas aprovamos uma programação muito específica do plano como se não houvesse pandemia. No nosso amanhã não existia pandemia, então aprovamos, inclusive, a programação, conscientes, e já declarado no parecer de aprovação, que ele tinha que ser revisto por conta da pandemia. E foi o que aconteceu ao longo de 2020, se aprovava uma programação que já tinha acontecido. Não tinha como, tinha que cumprir a nossa obrigação legal de dar um parecer aos instrumentos de planejamento

Mas, ressalta o entrevistado, o CES/São Paulo atrasou o trabalho de apreciação dos instrumentos de planejamento, mas a secretaria cumpriu os prazos.

Em 2020, o CES/Rio de Janeiro priorizou a pauta relacionada a covid-19 (hospitais de campanha, número de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo, descentralização de leitos, inclusive no setor privado, as escolas e as aulas remotas, recomendações aos conselhos municipais, questões sanitárias das regiões de saúde), por isso o atraso com a apreciação dos instrumentos de gestão. Sobre o RAG de 2019/2020 "a gente não tá com pressa, estamos vendo com calma pois isso necessita de mais aprofundamento", como citado pelo representante da mesa diretora. O plano de contingência covid-19 foi apresentado em cinco versões, sendo atualizado no CES muito mais por uma visão epidemiológica do que de estratégias. As estratégias, no Rio de Janeiro, passaram, na sua maioria, pela Comissão Intergestores Bipartite, pois conseguia estabelecer estratégias eficientes, explicou a representante da mesa.

O Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais foi aprovado no contexto da pandemia, de forma virtual. As comissões analisaram de forma virtual. Assim também foi com o relatório de gestão de 2018. Permaneciam atrasados os RAG de 2019 e 2020, mas haviam sido encaminhados para apreciação. Para o representante da mesa o processo foi conflituoso, pois como mudou

o governo a nova gestão apresentou um plano mais voltado para a iniciativa privada e sem passar pelo debate inicial com conselho. Quando o PES chegou no CES decidiram encaminhar primeiro para todos os/as conselheiros/as, correlacionar com as propostas da conferência realizada em 2019, com as propostas da conferência saúde das mulheres e da vigilância em saúde. Com base nos cinco eixos temáticos do Plano Estadual de Saúde, formaram uma comissão para cada eixo temático com a finalidade de avaliar. Nessa apreciação, que levou alguns meses, os/as conselheiros/as apontaram outros indicadores e proposições. Conforme o representante da mesa diretora,

> demorou esse tempo porque nós queríamos garantir as propostas das conferências no Plano Estadual de Saúde, porque não adianta fazer uma conferência se as nossas propostas não vão estar no Plano Estadual de Saúde, nós fizemos esse papel de formiguinha para acertar o plano.

Durante a pandemia, no CES/Pará, foi mantida a mesma dinâmica para trabalhar os instrumentos de gestão, mas, por conta do período de inatividade até agosto de 2020, o conselho não realizou muitas discussões referentes aos recursos destinados ao combate à pandemia, conforme a representante da mesa diretora: "Então tem muita coisa, nesse período, eu prefiro deixar assim do jeito que está, e a gente saber o que foi feito a partir do momento que estamos aqui". A representante da mesa diretora do conselho afirmou que o formato virtual e a falta de recursos dificultaram a discussão e elaboração das políticas e planos de enfrentamento à pandemia, e que às vezes os/as conselheiros/as utilizaram recursos próprios para realizar as viagens. A conselheira também relatou que a pandemia afetou o plano estadual de educação permanente, deixando-o paralisado.

O conselheiro representante da mesa do CES/Amapá relatou que o conselho não chegou a fazer discussões sobre o uso dos recursos para a pandemia, por conta da demora da entrega do RAG 2020. A comissão de orçamento e finanças debateu sobre o recurso destinado ao combate ao

covid-19. O entrevistado também relatou uma operação da polícia federal sobre o recurso, que havia sido reprovado pelo conselho.

> Relacionado com a covid-19, [...] foi a operação da polícia federal 'Tendas de Ouro'. Aqui fizeram contratos para montagem de hospital de campanha em frente às unidades com a empresa chamada Status que tinha um milhão e trezentos para serem pagos, que se o Conselho aprovasse, seria pago para essa empresa que está respondendo processo na Justiça Federal. [...] Toda bloqueada na justiça, e a nossa conselheira pediu vista da pauta, analisou o processo, o parecer foi fulminante, reprovando a liberação do recurso, assim a Polícia Federal deu batidas na Secretaria de Saúde em 2020. E com certeza, com a atuação do Conselho Estadual de Saúde.

Nos CES do Acre e da Paraíba, conforme relatos dos representantes da mesa diretora, no PES 2020-2023 e no PAS de 2020 foram feitos ajustes por conta da pandemia. No CES/Pernambuco, em junho de 2020, o PES 2020-2023 e a PAS 2021 foram reavaliados apenas no que diz respeito "as ações relacionadas ao covid-19. Abertura de leitos, reformulação do laboratório, demanda de exames, contratação. Foi para a comissão de orçamento apreciar ação por ação, feito um parecer e submetido ao conselho" comentou a representante da mesa diretora.

O CES/Maranhão faz o acompanhamento dos investimentos do estado por meio do RAG, em equipamentos hospitalares, na expansão da rede e nos recursos federais repassados. Sobre a aplicação dos recursos que o estado recebeu para o enfrentamento da pandemia é um dos assuntos que o CES vai apreciar no RAG de 2020 (representante da mesa). Já o representante do CEP do CES/Maranhão em relação aos instrumentos de gestão comentou apenas que o PES prevê verba para capacitação, "nós aprovamos no plano de saúde, uma verba para capacitação de 3.000 conselheiros no estado. Não saiu do papel, há falta de recursos, na verdade é a falta de interesse da gestão". Nesse ponto, indica o entrevistado, sempre questionaram o gestor considerando a Lei Complementar nº 141/2012, artigo 44, em que é citado o papel do gestor de dar as condições aos conselhos para realização de educação permanente.

O representante da mesa do CES/Alagoas declarou em sua entrevista que o PES e PAS não foram pautas do conselho em 2020 pois o "conselho passou uma turbulência, sem mesa diretora, processo eleitoral, [...] pois o gestor por si só visou a covid-19 e esqueceu o cuidado do cidadão". Assim, parte dos membros do conselho conseguiu trabalhar com a comissão de saúde da Assembleia Legislativa e lá foi pontuado carências, indicadores que ficaram no vermelho ou laranja. "Eu chamei a atenção do gestor e do parlamento: 'olha, nós temos que dar prioridade ao combate ao covid-19, mas esses indicadores têm que avançar, não podemos esquecer'". Em 2021 o conselho estava trabalhando com o gestor para avaliar os instrumentos de gestão: "o conselho agora tem que voltar essa visão com a gestão, e retomar a política pública de saúde para, além da proteção com o avanço da vacina, agora é vacinar, mas sem esquecer a linha do cuidado para que a população não adoeça cada vez mais".

No CES/Sergipe, com a pandemia, foi necessário ajustar a PAS de 2020:

> a aprovação da programação da covid-19 foi unânime, analisada por todos [...] foi lida minuciosamente pelo segmento dos trabalhadores e usuários, que são os que mais compõem a comissão de orçamento. O pleno recebe com 30 dias de antecedência, é discutido intensamente, por vezes se retira da pauta e retoma com os esclarecimentos.

A representante da mesa diretora acrescentou que, tendo em vista a urgência das pautas relacionadas à pandemia, por vezes os instrumentos de gestão ficam secundarizados, especialmente o RAG.

No Distrito Federal, conforme relato do representante da mesa diretora, a gestão deixou

> tantas ações e objetivos prejudicados por conta da pandemia. [...] Isso fica muito claro nos instrumentos. [...]. É muito triste de ver, e para o conselheiro de saúde acompanhar é mais triste ainda, na medida em que o plano, em tese, vai expressar o que a conferência de saúde pensou. [...]. É muito frustrante porque, quando fazemos as análises das programações anuais de saúde, nós vemos uma série de justificativas em cada ação: não cumprido e postergado.

> E os próprios relatórios de atividade quadrimestral, por vezes, estabelecendo redirecionamento de alguns programas de trabalhos, ou fontes de recursos, que estavam originalmente previstos no plano para contemplar uma determinada política pública.

As atividades virtuais dificultaram a melhor apreciação dos instrumentos de gestão, como já indicado pelo entrevistado do CES/Pará. Em período recente, tendo em vista os conflitos do/as conselheiro/as com a gestão e ausência de respostas da SES, sem risco extremo da pandemia, a comissão de análise dos instrumentos de gestão solicitou: "nós queremos um espaço para reunir presencial", e com a documentação em mãos, conforme relatado pelo representante da mesa CES/Espírito Santo. Também, a pessoa representante da mesa do CES/Piauí relatou que no PES e no PAS de 2020 e 2021 foram incluídas ações de enfrentamento à pandemia. No entanto, ponderou que nem tudo pode ser na modalidade remota, pois para "uma explicação mais detalhada, precisamos analisar de perto, no presencial teremos a resposta para chegar a um denominador comum, de aprovação ou discussão".

A apreciação dos instrumentos de gestão no CES/Mato Grosso do Sul ficou prejudicada pela pandemia e a modalidade de trabalho *online*, como diz o representante da mesa diretora,

> principalmente para o segmento usuário. Estamos acostumados a manusear os documentos, sentar com as demais comissões, olhar e acompanhar de forma próxima. Com a pandemia, tudo isso foi feito de forma *online*, então, uma grande dificuldade. Muito difícil mesmo fazer uma deliberação, você fazer um estudo, um entendimento para aprovação do plano sem poder tirar algumas dúvidas.

O mesmo conselheiro demonstra preocupação com a gestão no enfrentamento a covid-19, momento em que estavam sendo realizados muitos serviços e compras com dispensa de licitação, justificadas pela situação de calamidade pública, sem acompanhamento do conselho.

A apreciação dos instrumentos de gestão no contexto da pandemia não mudou necessariamente as dinâmicas internas já construídas em

cada CES, mas os/as entrevistados/as destacaram dois aspectos que foram significativos nesse fluxo: as frequentes reformulações tendo em vista a necessidade de se adaptar às demandas colocadas pela covid-19; e os atrasos na apreciação. Ou seja, a apreciação em si dos instrumentos de gestão acabou não sendo prioridade na pauta dos CES, tendo em vista as situações que se colocaram no quadro de calamidade pública que se instalou. No caso, parece que as aprovações foram flexibilizadas, ainda que com muitas ressalvas da falta de controle ou desconhecimento dos CES sobre a aplicação dos recursos.

Notas finais

Este texto se organizou num esforço de evidenciar e analisar como os CES realizaram a apreciação dos instrumentos de gestão no período anterior e durante a pandemia da covid-19. Entendemos que o debate sobre os instrumentos de gestão na pauta dos CES não está desvinculado de um conceito de planejamento e de um conceito de participação, por isso, construímos dois itens iniciais procurando evidenciar nossa perspectiva teórica, técnica e política. Tais aspectos teóricos, políticos, técnicos e normativos muitas vezes ficaram distantes ou submersos das atividades cotidianas dos CES, sejam elas presenciais ou remotas.

O material empírico resultante das entrevistas foi bastante revelador da dinâmica dos CES para apreciar os instrumentos de gestão. Revela imediaticidade, desconhecimentos e dificuldades com a linguagem, com os itens dos documentos, dificuldades de fazer diferenciação sobre a natureza de cada instrumento de gestão, significativa ausência de conteúdo sobre o orçamento e financiamento, sobre os modelos de gestão e o gasto de recursos em serviços próprios e ou serviços contratualizados.

As necessidades de saúde foram expressas por alguns/mas entrevistados/as, mas com a ressalva de que pouco se comunicam com o conteúdo dos documentos que devem apreciar. Revela-se assim uma distância entre a forma técnica de elaboração destes documentos e as condições de apreciação dos/as conselheiros/as, sobretudo, os/as representantes de usuários/as e trabalhadores/as.

No conteúdo das entrevistas ninguém mencionou esta pauta – apreciação dos instrumentos de gestão – como desimportante, mas avaliamos que houve dificuldades de observar que o SUS se concretiza e atende as necessidades de saúde do/as brasileiro/as mediante ao que está planejado, ao que é financiado e ao que é executado. É por meio do que está planejado, do que consta nos relatórios de gestão e na execução orçamentária que podemos analisar os cumprimentos dos princípios e das competências do SUS (art 6º e 7º da Lei nº 8080/1990). E só no sentido normativo que o/as entrevistado/as revelaram dificuldades de correlacionar seu papel de conselheiros.

A comunicação entre os dois espaços que concretizam o princípio da participação da comunidade no SUS – conselhos e conferências – pareceu bem restrita no diz respeito aos instrumentos de gestão, pois apenas nos CES de Pernambuco, Distrito Federal, Minas Gerais e do Acre se evidenciou que as diretrizes do PES passaram em 2019 por apreciação da Conferência Estadual de Saúde. Com isso, nos perguntamos como são consideradas nas pautas dos CES as propostas aprovadas nas Conferências de Saúde (particularmente no debate dos instrumentos de gestão)? Cabe aos CES, na sua esfera de gestão, zelar pelas propostas aprovadas nas Conferências de Saúde?

Mesmo considerando as tendências político-administrativas de cada CES, a participação como um requisito do Estado democrático e garantidor dos direitos sociais – especialmente de saúde - parece relativamente ausente nos debates. Do mesmo modo, o papel avaliativo, deliberativo e fiscalizador dos conselhos e conferências foi pouco considerado. Mas salienta-se uma preocupação do/as entrevistados/as com a atenção às necessidades de saúde da população, mas sem a ênfase na igualdade do acesso e direito à saúde.

No entanto, avaliamos como um tipo de participação que está se qualificando, alargando as fronteiras do Estado, ainda que seja no âmbito do executivo dos serviços de saúde. Os instrumentos de gestão não são mais *documentos de gaveta*, elaborados internamente e que servem para gestão apenas para realizar trâmites entre as esferas de governo e com o Tribunal

de Contas. Ainda que com todas as limitações sinalizadas, os instrumentos de gestão estão crescentemente ganhando sentido social e político, para além dos setores técnicos de planejamento do Estado, deixando de ser apenas normativos e se tornando documentos públicos passíveis de questionamento, receptores de propostas/prioridades por diferentes segmentos sociais.

Referências

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Incentivo à participação e controle social em saúde:** Relatório final. Oficina de Trabalho. Brasília. 1993.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 fev. 2023.

Brasil. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, 11 abr. 2019. (Revogado pelo Decreto nº 11.371, de 2023).

Brasil. Lei nº 8.142, de 7 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: **Diário Oficial da União,** 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Lei nº 9090, 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. 1990a. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 25 set. 2023.

Brasil. **Pacto Pela saúde**. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 23 fev. 2006.

Brasil**. Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela saúde no Brasil (2004-2007). Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Cardoso, Jr, J. C.; Cunha, A. S. (orgs). Introdução. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Planejamento e avaliação de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24567. Acesso em: 06 jun. 2023.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Entrevistas com conselheiros e conselheiras de saúde estaduais**. Passo Fundo: Saluz, v. 2, 2022. Disponível em: https://ceap-

rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol2_entrevistas-2022.pdf. Acesso em: 06 jun. 2023.

Coutinho, C. N. **Contra a corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2008.

Dantas, A. Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação. In: Montano, C. (org.). **O canto da sereia:** crítica à ideologia e aos projetos do terceiro setor. São Paulo: Cortez, 2014. p. 103-143.

Escorel, S. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro, 1998.

Fontes, V. Capitalismo filantrópico? Múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia empresariais. **Marx e o Marxismo**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 15-35, jan./jul. 2020. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Fuginami, C. N.; Colussi, C. F.; Ortiga, A. M. B. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde debate**, v. 44, n. 126, jul./set. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620. Acesso em: 30 jan. 2023

Garcia, R. PPA: o que não é e o que pode ser. In: Cardoso, J. C. Jr.; CUNHA, A. dos S. (org.). **Planejamento e avaliação de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2015. p.55-81. Disponível em: https://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_ppa_vol_1_web.pdf#page=57. Acesso em: 30 jan. 2023.

Gerschman, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995. 189p.

Giovanella, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, abr./jun. 1990. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003. Acesso em: 30 jan. 2023.

Gonttijo, V. Câmara dos Deputados. Instrumentos de planejamento e orçamento. **Câmara dos Deputados**. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/cidadao/entenda/cursopo/planejamento. Acesso em: 30 ago. 2023.

Instituto Ethos. **Áreas de Atuação**. 2020. Disponível em: https://www.ethos.org.br/conteudo/atuacao/. Acesso em: 03 jun. 2023.

Instituto Update. **Sobre e Projetos**. 2020. Disponível em: https://www.institutoupdate.org.br/sobre/ Consulta em 03 jun. 2020. Acesso em: 24 jan. 2023.

Kruger, T. R.; Bonin, S. Planejamento e Serviço Social. **Sociedade em Debate**, v. 21, n. 2, p. 63-83, 2015. Disponível em: http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1216/860. Acesso em: 31 jan. 2023

Kruger, T. R.: Oliveira, A. A. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. **Saúde debate** [online], v. 43, p.174-189, 2019.

Maricato, E. Nunca fomos tão participativos: reflexões sobre os movimentos sociais urbanos. In: Maricato, E. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 89-98.

Mota, A. E. A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000.

In. Mota, A. E. (org.). **O mito da Assistência Social**. 2. ed. São Paulo. Cortez Editora, 2008, p. 133-146.

Netto, J. P. Notas sobre democracia e transição socialista. A redefinição da democracia. In: Netto, J. P. **Democracia e transição socialista**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990. p. 69-127.

Pereira, C. P. Proteção Social no Capitalismo. Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS. Universidade de Brasília – UnB. 2013. p. 65-137. Disponível em: http://pct.capes.gov.br/teses/2013/53001010035P1/TES.PDF. Acesso em: 30 jan. 2023.

REDE APS - Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS**. 27 set. 2019. Disponível em: https://redeaps.org.br/2019/10/03/em-defesa-da-atencao-primaria-a-saude-forte-e-abrangente-coracao-do-sus-atualizando-a-agenda-da-rede-de-pesquisa-em-aps/. Acesso em: 03 dez. 2022.

Salvador, E. Financiamento Tributário da política social no pós-real. In: Salvador, E. et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo. Cortez Editora. 2012. pp. 123-152.

Teixeira, C. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

Todos Pela Educação. **Independente, plural e decisivo**. 2020. Disponível em: https://www.todospelaeducacao.org.br/. Acesso em: 03 jun. 2023.

Todos Pela Saúde. **A atuação da aliança Todos pela Saúde**. 2020. Disponível em: https://www.todospelasaude.org/. Acesso em: 03 jun. 2023.

Mapeamento da composição, estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil

Clarete Teresinha Nespolo de David
Tatiane da Rosa Vasconcelos
Henrique Kujawa

Introdução

Este capítulo apresenta a composição, estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). O trabalho foi organizado por meio de gráficos por região (sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste), com a relação de atas sistematizadas, leis de criação, regimentos internos e número de conselheiros/as. Sobretudo, tratará da composição de agendas, dinâmicas e estratégias utilizadas pelos sujeitos políticos do pleno, considerando o contexto anterior à pandemia.

O presente texto tem por base os resultados da pesquisa "Covid-19 e controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias" realizada pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que teve, entre seu escopo, a análise das atas do CES de julho de 2019 a janeiro de 2021.

Em relação às fontes documentais da pesquisa, optou-se pela legislação (leis de criação do CES) e normatização dos CES (regimentos internos), do CNS (resoluções e recomendações) e do Sistema Único de Saúde (SUS); ainda, pelas atas dos plenos relativas ao período entre julho de 2019 e janeiro/fevereiro de 2021. Trabalharam-se inicialmente os documentos enviados pelos Conselhos à equipe administrativa do CEAP até agosto de 2021. Para além do delineamento legislativo, no contexto do período analisado, procedeu-se à busca, leitura e descrição de documentos relativos aos CES, tais como os

registros sistematizados (atas) de reuniões. Convém observar que se privilegiam as atas, por entender que podem ser a fonte de informação documental, em tese, capaz, de demonstrar como foi e/ou está sendo a organização, o funcionamento e a atuação de cada Conselho. Os Regimentos Internos (RI) dos Conselhos de Saúde, geralmente, definem as regras de organização e funcionamento, bem como elaboração e definição dos temas para composição das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias dos plenos. No CNS, por exemplo, a seleção de temas para composição da pauta prioriza aquelas deliberadas em reunião anterior e obedecendo aos critérios do pleno, leva em consideração a pertinência, a relevância, a tempestividade e a precedência.

Conforme documento elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (2000), no que se refere às atribuições legais e ao espaço de atuação dos Conselhos de Saúde:

> [...] ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço, inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário (CNS, 2000).

Regimentalmente, é prevista a estrutura e composição das pautas, bem como as condições possibilitadoras da inclusão de novos temas e o tratamento que cada um terá em plenária. Entretanto, como também se trata de um instrumento de poder e de estratégia política, a inclusão de pautas sempre é passível de interpretações e demandas em dia de plenária.

Além do debate sobre a estrutura, organização e funcionamento dos Conselhos, assim como as legislações que tratam da criação e regulamentação dos CES, o capítulo abordará os desenhos de descentralização e a relação com a gestão, estabelecido pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do CNS. Esta resolução aprova diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. De acordo com a quinta diretriz,

compete aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal (Brasil, 2012):

> I - Fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;
>
> II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

Importante salientar que, conforme pesquisa realizada por Escorel e Delgado (2008, p. 76), "a busca pela consolidação do SUS também envolve a consolidação da atuação dos Conselhos de Saúde", ou seja, através desse órgão de participação na sociedade que o controle social e a defesa do SUS ganham visibilidade diante de ações políticas da sociedade.

Este capítulo está organizado em cinco partes. No próximo tópico discutiremos a composição dos CES a partir das leis de criação e regimentos internos. Em seguida, serão apresentados a estrutura e organização dos Conselhos, que abrange a composição de conselheiros/as, segmento usuários e comissões; as reuniões ordinárias e extraordinárias segundo atas; as agendas e dinâmicas antes da pandemia e os desenhos de descentralização dos CES e suas relações institucionais.

Composição dos CES - Leis de Criação e Regimentos Internos

A documentação enviada e selecionada para sistematização foram as atas dos plenos disponibilizadas, as leis de criação e os regimentos internos dos CES, e possibilitou conhecer o funcionamento e o modo como se organizam os conselhos em cada estado. O envio de documentos dos 26 estados e do Distrito Federal está apresentado nas Tabelas 1 e 2. Destaca-se que, do total de 27 Conselhos, dois não enviaram nenhum documento para a participação na pesquisa: Sergipe (SE) e Roraima (RR) – dados do CES de Roraima que constam no relatório são oriundos de acesso público; e o CES de Rondônia (RO) enviou apenas a lei de criação e o regimento interno.

Tabela 1. Envio documentos para realização da pesquisa documental

Tipo de documento	Ano	Estados que enviaram
Leis de Criação	Não se aplica	26
Regimento Interno		21
Atas dos plenos	2019	23
	2020	21
	2021	18

Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.

No que se refere à legislação, os CES das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste têm suas legislações relativamente adequadas às normas do CNS, para orientar sua organização e funcionamento no exercício do controle social na defesa do SUS. O Quadro 1 sintetiza a adequação dos documentos às resoluções do CNS.

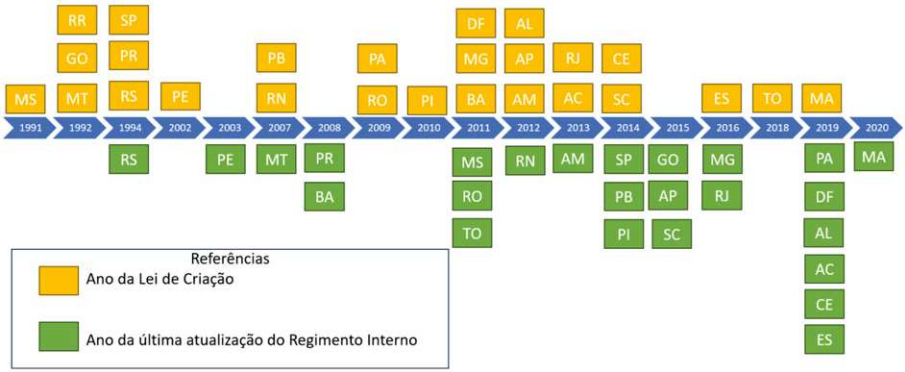
Quadro 1. Adequação dos Regimentos Internos e Leis de Criação dos Conselhos Estaduais de Saúde em relação às normas do CNS

Região do Brasil	Estado	Adequada à Resolução 453 do CNS?
Norte	Acre	Sim
	Pará	
	Amapá	Não
	Amazonas	
	Rondônia	
	Roraima	
	Tocantins	

Nordeste	Alagoas	Sim
	Ceará	
	Maranhão	
	Paraíba	
	Piauí	
	Bahia	Não
	Pernambuco	
	Rio Grande do Norte	
	Sergipe	Não avaliado
Centro-Oeste	Distrito Federal	Sim
	Goiás	
	Mato Grosso do Sul	
	Mato Grosso	Parcial
Sudeste	Espírito Santo	Sim
	Minas Gerais	
	Rio de Janeiro	
	São Paulo	
Sul	Paraná	Sim
	Rio Grande do Sul	
	Santa Catarina	

Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.

Figura1. Regimentos Internos e Leis de Criação dos Conselhos Estaduais de Saúde



Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.

Na **região Sul**, os três conselhos têm sua normativa de funcionamento atualizada via Regimentos Internos a partir das Resoluções do CNS nº 453/2012 e a legislação do SUS. Identificou-se que a Comissão de Comunicação e Educação Permanente fez encaminhamento para a criação de um Grupo de Trabalho (GT) paritário para estudar uma proposta de mudança da lei e regimento do CES do Paraná (Paraná, Ata 268ª RO, 31 de outubro de 2019).

Em relação aos CES da **região Sudeste**, percebe-se certa preocupação entre as entidades que ocupam vagas nos colegiados desses estados e de suas comissões quanto a manter atualizados a regulamentação e o funcionamento a partir das orientações do CNS. Há manifestações no CES de São Paulo relativas a GT para tratar de questões que ainda não estão claras em relação a estrutura, organização e funcionamento:

> O Conselheiros [U] pediu questão de ordem, citando as Resoluções Normativas do CNS 453/2012 e 554/2017, que tratam de diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, e o Acórdão do TCU 1130/2017, pedindo que o primeiro informe seja inclusão na pauta para possibilitar o debate pelo Colegiado (CES São Paulo, Ata 305, 2021).

Na **região Centro-Oeste,** o estado de Mato Grosso está parcialmente adequado, pois o RI é de 2004, e não foi atualizado depois da Resolução do CNS. No que se refere aos CES da **região Nordeste**, os Conselhos dos estados da Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte, possuem legislações relativas ao período de 2003 a 2008. O CES do Sergipe não consta no gráfico, pois não enviou documentação e não foi possível o acesso via site ou outras fontes.

Na **região Norte** foi encontrado o maior número de estados com inadequação dos seus documentos às normativas do CNS e do SUS. Durante o ano 2020, o único Conselho que pautou este ponto de alteração no Regimento Interno foi o CES do Amazonas, conforme segue:

> CES/AM; ATA 333a; RE de 20.10.2020: Pauta - Minuta de Alteração do Regimento Interno para conhecimento e análise do CES/AM. Solicitação: Comissão Extraordinária para Análise do Novo Regimento [debates] Suplente do Presidente do CES/AM (Gestão) [...] "independente das questões de rito administrativo em relação ao que preza a Constituição e também a Lei n 8.142/1990, Decretos e Resoluções n 453 do CNS. [...] "o encaminhamento do Conselheiro, pedido de vistas; a Comissão sinalizando a leitura do Regimento, da forma que foi dito pelo relatório desta Comissão".

Identifica-se que a maioria dos CES, embora tenham atualizado sua normativa estadual de acordo com a Resolução nº 453/2012 do CNS via mudança na Lei de Criação ou no Regimento Interno do colegiado, possui infraestrutura frágil para dar conta da sua competência de Controle Social no SUS. Há alguns atrasos em relação às atas para a aprovação no Pleno, ao ressarcimento dos custos com deslocamento de seus Conselheiros em representação do CES, à publicação da posse dos novos conselheiros de saúde, entre outras, além do debate da autonomia financeira e previsão de recursos para o funcionamento das ações do CES nos instrumentos de gestão.

De forma geral, percebeu-se que a inclusão de pauta é um recurso do Regimento Interno utilizado pelos Conselheiros para debates que entendem prioridade no Pleno do CES. Ainda, que essa ferramenta, por vezes, deixa

moroso o andamento da ordem do dia, e com isso se utilizam do recurso da Plenária extraordinária para vencerem as demandas pautadas e temas novos.

Estrutura, organização e funcionamento dos CES - Composição conselheiros/as, segmento usuários, comissões, reuniões e agendas

A estrutura, organização dos e funcionamento dos CES possibilitam o entendimento de como o controle social acontece na prática dentro dos conselhos, a partir da composição de conselheiros/as, do segmento usuários, das comissões, das reuniões e agendas.

Estrutura e Organização dos CES

A estrutura e organização dos CES estão previstas em legislação. De acordo com a terceira diretriz sobre a organização dos Conselhos de Saúde, na Resolução nº 453/ 2012:

> O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

As vagas para participação nos conselhos deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (Brasil, 2012).

O número médio de conselheiros/as de saúde nos CES do Brasil é de 31,4±8,4 com representação política por estado. Dados específicos são apresentados na Tabela 3. Ressalta-se, que o CES de Sergipe não consta nos cálculos, pois não enviou documentação e não conseguimos acessá-la via site ou outras fontes para inserir as informações.

Tabela 3. Distribuição dos Conselheiros Estaduais de Saúde no Brasil

Região	Estado	Número de Conselheiros	Média e Desvio Padrão
Norte	Acre	24	25,4±4,7
	Pará	28	
	Amapá	28	
	Amazonas	16	
	Rondônia	24	
	Roraima	30	
	Tocantins	28	
Nordeste	Alagoas	40	30,7±6,6*
	Ceará	40	
	Maranhão	28	
	Paraíba	24	
	Piauí	32	
	Bahia	32	
	Pernambuco	32	
	Rio Grande do Norte	20	
	Sergipe	-	

Centro-Oeste	Distrito Federal	28	30,5±6,8
	Goiás	40	
	Mato Grosso do Sul	24	
	Mato Grosso	30	
Sudeste	Espírito Santo	28	37,3±10,4
	Minas Gerais	52	
	Rio de Janeiro	36	
	São Paulo	33	
Sul	Paraná	36	40,0±10,6
	Rio Grande do Sul	52	
	Santa Catarina	32	

Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.
*=média calculada sem os dados do estado de Sergipe.

Em relação a composição do segmento dos usuários, devido às particularidades locais e regionais de cada conselho, não há um padrão nacional (Escorel; Delgado, 2008), o que está amparado pela terceira diretriz da Resolução nº 453/ 2012 cuja participação de

> órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade [...] (Brasil, 2012).

Em relação às comissões nos CES, tidas como espaços de assessoria ao pleno, a leitura e sistematização das atas permitiu constatar que no ano de 2019, as comissões com maior protagonismo foram as Comissões Organizadoras das Conferências de Saúde, as Eleitorais, a de Financiamento e Acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento e de Gestão, Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e a de Fiscalização. Em 2020, destacam-se as comissões Coordenadoras, COFIN, com orientações sobre o "orçamento de guerra no SUS" e Fiscalização, Vigilância em Saúde, Educação e Comunicação em Saúde, Políticas Públicas e CISTT, com ênfase nas ações de cuidado com os trabalhadores no contexto da pandemia. Já em 2021, as comissões Coordenadoras, Vigilâncias em Saúde, Fiscalização, COFIN e Contratos têm maior protagonismo, além do GT Covid.

O exemplo a seguir do CES do Rio Grande do Norte expressa a importância desses espaços dentro dos conselhos, bem como salienta Pigatto (2021, p. 126): "esses espaços participativos foram fundamentais no enfrentamento da pandemia da covid-19".

> A presidente do CES falou sobre a importância de cada comissão e que outras serão criadas, tendo papel fundamental no controle social e cada conselheiro envolver-se para que as ações estabelecidas se concretizem. Informou que há vagas em algumas comissões devido à saída de alguns conselheiros e as comissões ficaram incompletas, mas é necessário que cada um observe em qual das comissões mais se identifica (CES Rio Grande do Norte, Ata 275, 2019).

Ao encontro disso, identifica-se em documento do Conselho Nacional de Saúde "A prática do controle social em 14 reflexões" em que o papel das comissões dos conselhos de saúde pode ser previsto em decreto ou lei de criação do conselho, ou ainda

> podem ser instituídas pelo seu plenário, preferentemente constando no Regimento Interno, a não ser que sejam Comissões Provisórias ou Grupos de Trabalho. Em qualquer dos casos, o caráter deliberativo do Conselho de Saúde é privativo do seu plenário.

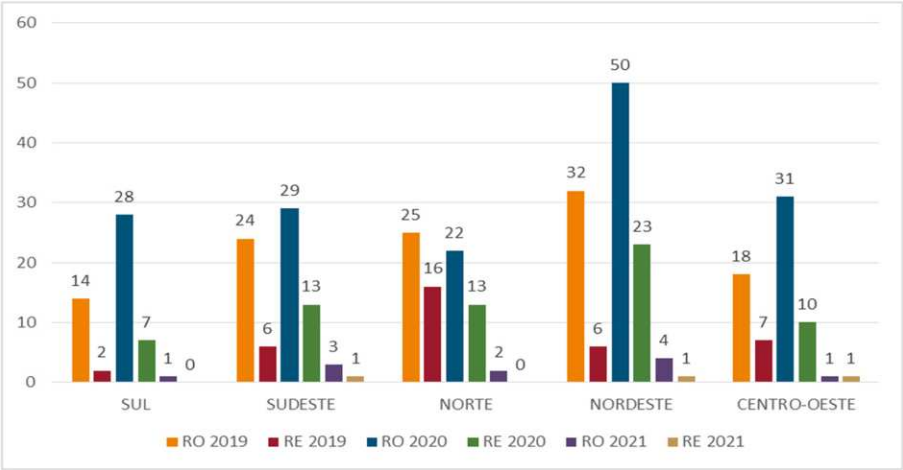
> As Comissões e Grupos de Trabalho têm finalidade exclusiva de assessorar o plenário do Conselho, fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre formulação de estratégias e controle da execução de políticas de saúde.

O número de conselheiros/as de saúde, a composição do segmento usuários e as comissões dos CES permitiram compreender parte da dinâmica de funcionamento e de organização dos conselhos que, diante de suas especificidades, possuem diferenças expressas no debate e nos dados que foram apresentados.

Reuniões Ordinárias e Extraordinárias segundo atas

Foram sistematizadas, no período de julho de 2019 a janeiro/fevereiro de 2021, 390 atas das reuniões (ordinárias e extraordinárias) dos plenos dos CES: 52 da região Sul, 76 da região Sudeste, 68 da região Centro-Oeste, 78 da região Norte e 116 da região Nordeste, de acordo com a Figura 1.

Figura 1. Atas sistematizadas de Reuniões Ordinárias e Reuniões Extraordinárias dos Conselhos Estaduais de Saúde



Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.
RO = Reuniões Ordinárias
RE = Reuniões Extraordinárias

Acerca das atas disponibilizadas, cabe assinalar:

I. não há um modelo único no formato das atas: cada Conselho, segundo suas condições materiais e orientação dos RI, procede ao seu registro documental;

II. as atas expressam a intencionalidade dos sujeitos que as produzem, assim algumas descrevem os temas, os debates, as divergências entre os segmentos indicando os nomes dos conselheiros/as, as representações e as votações discriminadas por temáticas e, ao final, as deliberações aprovadas pelo pleno, os votos favoráveis, contrários e as abstenções, definindo por aprovação ou reprovação da deliberação. Já em outras atas dos plenos, segundo os/as próprios/as conselheiros/as, na pauta de aprovação das atas, registram ausências de debates, divergências e até o indicativo da deliberação do pleno, no caso a ausência do registro das resoluções, moções e recomendações;

III. há, entre os documentos enviados pelos Conselhos, a ausência de atas, observadas as numerações, o que pode indicar atrasos e/ou não aprovação pelos plenos, e/ou até mesmo a não efetivação pela falta de recursos humanos.

Em relação ao dispositivo legal *ad referendum,* utilizado em reuniões ordinárias e extraordinárias, é um recurso emergencial para não haver processo de descontinuidade em ações de relevância pública, previsto na legislação dos processos deliberativos. O CES do Ceará, por exemplo, utilizou-se deste em 2020 quando da ocorrência da Pandemia do covid-19, que altera as medidas sanitárias e impõem barreiras aos encontros presenciais e a circulação de pessoas, exigindo a realização de reuniões virtuais. Outro aspecto referente às atas trazido para a agenda de debate foi a questão das Pautas das Plenárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal, as inclusões e solicitações, bem como a forma de encaminhamento, como o exemplo que segue: "Disse, em relação às pautas solicitadas, que na última reunião foram solicitados cinco itens de pauta e o único item acatado foi o das órteses e próteses e os outros pedidos a Mesa entende que é necessário primeiro passar pelas respectivas Comissões" (Distrito Federal, Ata nº 442, RO de 12/11/2019).

Diante das atas que foram disponibilizadas, que contemplam reuniões ordinárias e extraordinárias dos plenos, percebe-se que os CES têm suas

especificidades e diferenças na execução e conduta perante esses documentos. Conforme a legislação de cada conselho, há um modo de organização sobre a dinâmica das reuniões ordinárias e extraordinárias e possíveis recursos que podem ser utilizados em casos específicos.

Agenda e dinâmicas dos CES antes da Pandemia

A agenda e as dinâmicas dos CES no contexto anterior à pandemia foram e são fundamentais para que o exercício do controle social dê conta das adversidades em saúde, cada vez mais presentes na sociedade brasileira. Serão abordados alguns temas que foram pautados no período em questão, com o intuito de enfatizar os debates trazidos pelos plenos.

O tema da 16ª Conferência Nacional de Saúde, assim como das Conferências distribuídas nas correspondentes três etapas (estaduais, regionais e municipais), aparece na agenda principalmente dos Conselhos de Saúde dos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Acre, Pará, Tocantins, Alagoas, Bahia, Ceará, Piauí, Pernambuco, Minas Gerais, Goiás e do Distrito Federal. Vão desde mobilização nos encontros preparatórios, estrutura e organização, regimentos, regulamentos para orientar debates, escolha de delegados/as até o acompanhamento das propostas aprovadas que devem ser contempladas pelos instrumentos de planejamento e gestão. Assim como os conselhos de saúde, as conferências também têm sido "um espaço público dentro do qual os interesses dos setores populares são representados e no qual os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisão política que lá ocorre" (Cortes, 2002, p. 38). O tema pautado nas agendas dos CES enfatiza a importância que a autora coloca e ainda que os/as conselheiros/as trazem para o debate no pleno. É possível notar que, para além da avaliação da situação de saúde, em cada esfera governamental, no âmbito dos Conselhos de Saúde, pauta-se a necessidade de que as demandas propostas nas Conferências de Saúde venham a ser de fato as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Outro ponto da agenda dos CES, no contexto anterior à pandemia, refere-se à infraestrutura dos conselhos. É possível observar que muitos Conselhos de

Saúde enfrentam dificuldades para garantir a infraestrutura necessária ao seu funcionamento. Em muitas das atas disponibilizadas, entre os meses de julho e dezembro de 2019, verificou-se que foi pauta de debates, encaminhamentos e deliberações a falta de infraestrutura física, administrativa e financeira. Embora esses aspectos sejam objeto de reiterada reivindicação, as gestões executivas não os atendem, deixando de cumprir com sua responsabilidade no sentido de garantir a adequada infraestrutura para que os Conselhos de Saúde funcionem plenamente no exercício do controle social.

Verifica-se no relato de uma conselheira do CES no Mato Grosso do Sul, representante do segmento usuários, questões que se refere à infraestrutura do conselho, ao dizer que "se forem continuar neste prédio, que arrumem o elevador, pois está cada vez mais complicado, sabem que a mesa tem cobrado a gestão", enfatizando a urgência de se arrumar o elevador (Mato Grosso do Sul, Ata 332ª RO, 13/12/2019). Fica evidente a falta de infraestrutura para funcionamento dos CES (em especial nos estados do Acre, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Pará, São Paulo), o que foi objeto de manifestação dos/as conselheiros/as nas plenárias. Outro exemplo é no CES do Pará, conforme segue: Pauta "Situação das Condições Físicas da Sede do CES/PA":

> Encaminhamentos: Que a Mesa Diretora SE/CES-PA agende Audiência do CES-PA com Excelentíssimo Senhor Governador Helder Barbalho para tratar das péssimas condições em que se encontram as instalações físicas do referido colegiado e do descaso da Gestão Estadual da Saúde para solução imediata da situação; [...] Que a Mesa Diretora do CES-PA , em 30 dias, a contar da publicação desta Resolução no Diário Oficial do Estado não obtendo qualquer manifestação por parte dos Órgãos e Poderes envolvidos, e diante os riscos eminentes de desabamento da estrutura física do prédio, redirecione as atividades deliberativas do CES-PA do dia 24.9.2019 para a Assembleia Legislativa - ALEPA, como manifesto de repúdio junto a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado, pelo descaso do Executivo quanto a não garantia e cumprimento da Lei 8142/90 que garante condições mínimas para a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde. Aprovado[s] (Pará, Ata 08ª RO, 27/08/2019).

Observou-se também que, nas agendas dos CES, estavam pautados em algumas atas os processos de escolha envolvendo entidades, comissões e mesa diretora dos respectivos Conselhos de Saúde. Percebe-se que há disputas entre as entidades para ocupar vagas do pleno nos processos eleitorais e dificuldades para indicação das representações para recomposição do colegiado, assim como das comissões dos CES, representatividade e capilaridade, fundamentais para a agenda do controle social na defesa do SUS (David; Araujo, 2019).

Destaca-se também os debates que se referem aos instrumentos de planejamento e gestão, na agenda dos CES. Especificamente, cabe notar que o ano de 2019 possui a peculiaridade de ter sido o primeiro ano de gestão dos governos estaduais e do Distrito Federal, portanto foi o período de construção do plano plurianual e de construção dos planos estaduais de saúde. Acerca dos relatórios de gestão, percebe-se que há um tensionamento permanente no trato desse tema entre os conselheiros com a comissão coordenadora e as secretarias de estado da saúde, principalmente em relação aos prazos de envio dos documentos para os Conselhos, pedidos de informação, inclusão das resoluções do CES nas temáticas, políticas, monitoramento.

O CES do Rio Grande do Norte contribui para compreender a importância política dos instrumentos de Planejamento e de gestão do SUS, pois neles estão contidos dados das necessidades de saúde da população, determinantes no processo saúde doença e ainda, a importância do monitoramento dos indicadores do PAS, conforme ata abaixo:

> [....] Enfatizou que o Relatório de gestão não é numérico, mas relativamente político e que é preciso interpretar os dados e informações apresentadas. Propõe pautar debate sobre salário da saúde, haja vista haver diferença entre o salário do servidor que está no início da carreira sendo maior do que está no fim de carreira. [...] encerrou lembrando que se deve fazer o monitoramento do Programação Anual de Saúde (PAS), sobre os indicadores do Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), na gestão passada, o estado responsabilizava os municípios, sendo que era responsabilidade do estado (Rio Grande do Norte, Ata 274ª RO, 13/11/2019).

Além das pautas que se podem classificar como ordinárias, como as que cuidam da análise dos instrumentos de planejamento, observou-se serem objeto de debates durante as plenárias dos Conselhos de Saúde temas desde a Emenda Constitucional n. 95/2016, que constitucionalizou o subfinanciamento do SUS, até a transferência da gestão das unidades públicas de saúde para a iniciativa privada na forma de Organização Social de Saúde ou de fundações públicas de direito privado. Percebe-se que há manifestações e debates acerca desses temas relacionados a financiamento do SUS, gestão dos serviços, desenhos dos territórios de saúde, precarização da força de trabalho, situação financeira do estado e recursos para saúde, entre outros assuntos que passam a ser enfrentados, prioritariamente, tanto pelo pleno quanto pelas comissões no exercício do controle social.

Diante disso, destacam-se os debates do Conselho de Saúde do Distrito Federal ao longo do ano de 2019, que trata de posicionamento contrário da Secretaria Estadual de Saúde daquele estado em relação ao do Conselho à expansão do "modelo do serviço social autônomo" que cria o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal, a discussão traz a concepção de gestão por Organizações Sociais de Saúde, terceirização e ou privatização. A Presidente do Conselho informa que o Secretário da Saúde se negou a homologar a resolução e que nessa situação cabe ao conselho os recursos legais previstos regimentalmente. Situação essa que já foi formalizada junto ao órgão correspondente (Distrito Federal, Ata 444ª RO, 10/12/2019).

As políticas de promoção da saúde foram pautadas nas agendas, entre outras temáticas, destacam-se a Rede de Atenção à Saúde, a saúde do trabalhador, a saúde mental, na atenção primária em saúde, a regionalização da saúde, às pessoas portadoras de deficiências, o meio ambiente e o saneamento básico. Como exemplo, o CES do Ceará registrou que ocorreu uma audiência pública, na qual foi discutido o tratamento da pessoa com deficiência, que teve como encaminhamento: "fazer um treinamento dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, para que as crianças possam ser atendidas sem precisar mudar de município" (Ceará, ATA 483ª RO, 26/08/2019), assim

como um debate na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sobre a proposta de Regionalização, de acordo com o recorte abaixo:

> Conselheiro [...] falou sobre a surpresa que tiveram perante o projeto de lei da Regionalização da Saúde, que passou pela Assembleia Legislativa, com temas controversos como a volta da COAP – Contratos Administrativos. Onde tem SUS tem que ter controle social. Informou que estão em pleno diálogo com a Gestão na figura dos Secretários. O Presidente informou que no dia 28 de agosto ocorrerá um debate na FIOCRUZ, sobre a proposta de Regionalização, a partir do projeto de lei e uma proposta do Ministério da Saúde sobre a carteira de Serviço da Ação Primária, inclusive foi tema no Conselho Nacional de Saúde e que foi feita uma nota de repúdio contra essa carteira, por ferir os princípios do SUS (Ceará, Ata 483ª RO, 26/08/2019).

Percebe-se uma preocupação permanente das comissões coordenadoras e das mesas em qualificar os conselheiros estaduais e municipais de saúde. Além disso, observa-se que nos CES que possuem Comissão de Educação Permanente ou equivalente, os temas relativos à formação de conselheiros, quando aparecem nos plenos, são remetidos para debate nas comissões. Por ocasião dos processos eleitorais, há preocupação com a formação, para os novos conselheiros, no sentido de conhecer a estrutura, a organização, o funcionamento dos Conselhos de Saúde e a legislação dos SUS no que se refere ao financiamento e à gestão da saúde.

Considerando o contexto anterior a pandemia, em relação à agenda e dinâmicas dos CES, alguns temas tiveram maior frequência nos debates do pleno, que foram expostos acima. Sabe-se que os conselhos de saúde integram a estrutura da gestão do SUS, cujas competências são: o planejamento, a orçamentação, a programação, a normatização, a direção/gerência, a operacionalização/execução e o controle/avaliação. É a partir dessas atribuições, bem como de agendas e debates entre os/as conselheiros/as e a sociedade que o controle social em saúde é colocado em ação.

Desenhos de descentralização dos CES e relações institucionais

Os desenhos de descentralização dos CES e suas relações institucionais são aspectos fundamentais no exercício do controle social, no estabelecimento de alianças e na luta em defesa do SUS. Considera-se que a rede de controle que tem a atribuição de fiscalizar a aplicação dos recursos públicos é composta pelo controle social (Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional), controle externo (Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas, Congresso Nacional, Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas Estaduais e Municipais) e controle interno (unidades de controle interno municipais, estaduais e federal). Assim, a fiscalização da aplicação dos recursos públicos ocorre por diversos e distintos meios, porém ao mesmo tempo, em interconexão, objetivando garantir a aplicação dos recursos públicos em benefício da população.

Em virtude das atribuições do Controle Social, há no contexto dos colegiados dos CES, assim como nas Conferências de Saúde e na própria literatura sobre o tema, debates divergentes em relação ao Secretário de Saúde ser o presidente do Conselho. Mas isso ocorre, haja visto que não existe uma legislação que proíba o Secretário de Saúde exercer a presidência do Conselho de Saúde.

Pela redação da Resolução nº 453/2012 do CNS, os Conselhos de Saúde devem ter um presidente eleito por seus membros. Contrariando essa diretriz, observou-se que, nos CES de São Paulo, Minas Gerais, Amazonas e Pernambuco, a presidência do colegiado é exercida pelo gestor estadual - membro nato na composição do colegiado.

A gestão do pleno dos CES se efetiva via mesas diretoras/coordenação executiva, e são eleitas entre as entidades, conforme regulamentação via legislação, principalmente as leis de criação e regimentos internos. Há exceção em Estados que o Secretário Estadual de Saúde é também coordenador do CES.

Na região Sudeste, o RI do CES de São Paulo, prevê que a vaga de coordenação e substituto seja indicada pela gestão, além do secretário executivo também ser Cargo de Confiança. Já no CES de Minas Gerais, o RI prevê que

a coordenação é do Gestor, mas o seu substituto é indicado entre as entidades eleitas para a mesa diretora. No Rio de Janeiro, a coordenação executiva é compartilhada entre as entidades eleitas e o RI prevê também o rodízio na coordenação a cada ano. No Espírito Santo, o RI prevê que a mesa diretora seja exercida pelas entidades eleitas para o exercício de três anos, segundo RI, Art. 24. Parágrafo Único: "Quando da eleição do Presidente do Conselho será observada a alternância entre os segmentos que compõem o colegiado, quais sejam, usuários, profissionais de saúde e gestores/prestadores de serviços" (Espírito Santo, Ata 196ª RO, 21/02/2019).

Em alguns CES da Região Norte, a representação da presidência do Conselho não é eleita entre seus membros, mas sim exercida de modo "nato" pela representação da Secretária Estadual de Saúde, como se notou no CES do Amazonas:

> A Conselheira Titular, Conselho Regional de Enfermagem, através de mais um encaminhamento informa que como o representante do segmento de Gestão [Secretário de Estado de Saúde] e através do Regimento vigente é o Presidente Nato "por lei, continua sendo o Secretário de Estado de Saúde". [...] "um dos pontos da ação judicial foi justamente a composição da Mesa Diretora em que figura como presidente que é o Secretário de Estado de Saúde do Amazonas e naquela discussão a dúvida era se poderia fazer tais alterações por meio de Regimento Interno. A dificuldade é porque tal deliberação é da própria Lei de Instituição do Conselho Estadual de Saúde. [...] sugiro fazer sugestões necessárias e encaminhamentos junto a Assembleia Legislativa, com as deliberações dos Conselheiros para fazer a alteração desse dispositivo legal [...]." (Amazonas, Ata 322ª RO 257a, 18/02/2020)

Ao visualizar os processos eleitorais dos Conselhos Estaduais de Saúde, há possibilidade de se identificar em quais há a figura do presidente nato, que é o titular da Secretaria de Estado ou órgão público equivalente. Isso ocorre no CES do Amazonas, em que vigora legislativamente tal previsão; igualmente, no CES de Minas Gerais, em que regimentalmente está previsto

que "a mesa diretora será eleita a cada dois anos, pelo plenário do Conselho, através do voto direto de seus integrantes e por maioria simples, excetuando-se o cargo de presidente", que é exercido pelo gestor público. Isso, no entanto, como se observa, é objeto de manifestações de descontentamento e críticas, como se registra: O vice-presidente, que é representante da Central Única dos Trabalhadores do segmento dos usuários, coloca a legislação que trata sobre as resoluções e informa que em caso do Secretário não publicar a resolução em 30 dias, cabe ao CES a providência; [...] salienta: "que o trabalho Continuará dificultoso, pois o Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, também é Presidente da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais" (Minas Gerais, Ata 545ª RO, 09/12/2019).

Na região sul, no RI do CES do Rio Grande do Sul, a mesa diretora será composta pelos cargos de Presidente, Vice-Presidente e seis coordenadores, eleitos por um período de dois anos, pelo voto aberto e pelo sistema de proporcionalidade direta, garantida a paridade, exceto o representante do Gestor Estadual do SUS, que será membro nato no segmento Governo. Além disso, o CES do Rio Grande do Sul tem previsto em sua composição vagas para os Conselhos Regionais de Saúde. Esses são grupos constituídos nas regiões administrativa da saúde de atores sociais com a finalidade de articular a agenda do CES de forma descentralizada nas regiões. Para isso estão garantidas vagas na composição do pleno e inclusão de pautas destes atores. Porém, nas atas, percebeu-se agenda de plenárias descentralizadas para articulação e debates regionais, capitaneadas pela coordenação estadual de plenárias e mesa coordenadora.

No CES do Paraná, a composição da mesa diretora se dá da seguinte forma: Presidência, 1ª Vice-presidência, 2ª Vice-presidência, 3ª Vice-presidência, 1ª Secretaria, 2ª Secretaria, 1ª Tesouraria e 2ª Tesouraria, de forma a contemplar paritariamente todos os segmentos representados no Conselho, cujo mandato será de um 1 ano, podendo ser reconduzida. Já em Santa Catarina, o RI traz a nomenclatura de colegiado diretor, e em sua composição inclui Presidente, Vice-presidente do CES e Coordenadores das Comissões Permanentes, com mandato de 2 anos, podendo se reeleger por mais um mandato.

Na Região Centro-Oeste, os Regimentos Internos disciplinam a formação da mesa diretora e seu funcionamento, cabe a elas articularem as condições necessárias para o pleno funcionamento dos Conselhos, incluindo a execução do planejamento e o monitoramento das ações. No Distrito Federal, o artigo 72 do Regimento Interno (2011) coloca que:

> O Presidente do CSDF e os membros da Mesa Diretora serão eleitos pelo Plenário e a Mesa Diretora será composta por Conselheiros titulares. §1o A Mesa Diretora do CSDF será paritária e composta por quatro Conselheiros, incluído o Presidente do CSDF. §2o O Presidente do CSDF será o coordenador da Mesa Diretora.

O conselho do Distrito Federal possui gestão descentralizada e reitera a importância dos conselhos regionais de saúde, como pode se observar no exemplo:

> Conselheiro do segmento dos usuários reforçou a demanda do [...] e a importância do funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde, além da garantia de manutenção da participação do Controle Social como princípio do SUS. [...] então opinou que é papel do Conselho de Saúde do DF garantir o pleno funcionamento dos conselhos locais para que eles possam trazer a sua realidade. Disse que é fundamental que o Conselho esteja plenamente atuante para que ele possa realizar o seu trabalho como ele se propõe e como é um princípio do Sistema Único de Saúde. Disse que não se pode submeter o funcionamento dos locais há um interesse apenas da gestão, tem que se ter um compromisso, enquanto Conselho do DF, de fazer os conselhos locais funcionarem adequadamente (Distrito Federal, Ata 440ª RE, 17/09/2019).

No CES de Goiás**,** a Mesa Diretora deve dar encaminhamento às Deliberações do Plenário do Conselho Estadual de Saúde, acompanhando as Comissões Permanentes Intersetoriais e Grupos de Trabalho, formados pelo Plenário do Conselho. Deve ainda responsabilizar-se pela elaboração das atas das reuniões, organização e guarda dos documentos do Conselho Estadual de Saúde de Goiás. O Regimento Interno também disciplina que a Mesa Diretora deve acompanhar e avaliar o andamento dos Conselhos Municipais de Saúde

do Estado de Goiás. No seu artigo vigésimo, disciplina a eleição da mesa diretora (Goiás, Regimento Interno, 2015):

> ART. 20 - A MESA DIRETORA será eleita pelo PLENÁRIO do Conselho Estadual de Saúde de Goiás - CES GO, por um período de dois (2) anos, permitindo uma recondução. §1° - O Secretário Estadual de Saúde e seus representantes não poderão concorrer à Presidência e I Vice-Presidência da Mesa Diretora.

No estado do Mato Grosso**,** a Secretaria Executiva tem entre suas funções preparar e convocar, antecipadamente, as reuniões do Pleno, incluindo, preparação de informes, remessas de material aos membros do Conselho. O RI refere, também, que a secretaria executiva deve: "Acompanhar as reuniões do Pleno e assistir ao Presidente da mesa; Dar encaminhamento às conclusões do Pleno, inclusive revendo a cada mês a implementação de conclusões de reuniões anteriores".

No Mato Grosso do Sul**,** o Regimento Interno disciplina a Mesa Diretora da seguinte forma, segundo artigos (11 e 28) do RI (Mato Grosso Do Sul, Regimento Interno, 2007):

> Art. 11 - A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Mato Grosso do Sul será composta por 01 (um) (a) Presidente (a), 01 (um) (a) Vice-Presidente (a), 01 (um) (a) 1.o Secretário (a) e 01 (um) (a) 2.o Secretário (a) eleitos pelo Pleno, de modo que seja respeitada a paridade de 02 (dois) usuários, 01 (um) trabalhador e 01 (um) gestor/pres. respeitando a alternância dos segmentos na gestão da Mesa Diretora do CES/MS. Art. 28 - Constituem a Mesa Diretora do Conselho Estadual de Mato Grosso do Sul: I – Presidente (a); II – Vice-Presidente (a); III – 1.o Secretário (a); IV – 2.o Secretário (a).

Em relação às **gestões descentralizadas** do colegiado, identifica-se que os CES de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal possuem gestão descentralizada, com vagas no pleno (conselhos regionais, apoiadores regionais, coordenação de Plenária de conselhos e representação de CMS). Conforme o regimento interno do CES do Rio de Janeiro:

> Art. 32 - Atribuições dos Apoiadores Regionais: I - fomentar a participação dos conselheiros municipais nos eventos da política de saúde, inclusive da de educação permanente do controle social; II- acompanhar o desempenho dos conselhos municipais de saúde, assessorando-os quanto ao exato cumprimento da legislação federal que regulamenta o SUS ressaltando a obediência ao texto da Resolução nº 453, de 12/05/2012, do CNS (Rio De Janeiro, Regimento Interno, 2012).

Há pauta permanente em relação a reuniões das regiões, importante destacar que o RI do CES do Rio de Janeiro inclui na sua composição a representação do grupo de apoio regional. Esses são grupos constituídos nas regiões administrativa da saúde de atores sociais de dois ou três segmentos que tem a finalidade de articular a agenda do CES de forma descentralizada nas regiões. Para isso, estão garantidas vagas na composição do Pleno e a possibilidade de inclusão de pautas locorregionais.

O CES do Espírito Santo se destaca por ter incluído, na pauta em 2019, um espaço de participação chamado "Tribuna Livre". Os temas da Tribuna livre são resultados dos produtos das comissões, e indicações dos conselheiros e se configura da seguinte forma:

> Art 15 - § 7° - A Tribuna Livre é um espaço aberto para manifestação oral de entidades, usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores do SUS acerca de assuntos e temas de interesse do controle social do Sistema Único de Saúde, com inscrição prévia junto a Secretaria Executiva do CES até 48h antes da realização da sessão ordinária e cujo tempo total não poderá ultrapassar 15 minutos. Os pronunciamentos feitos durante a tribuna livre não serão objeto de debates entre os conselheiros durante a seção (Espírito Santo, Regimento Interno, Art. 15, 2019).

No que se refere à gestão dos CES na região Nordeste, os CES do Ceará e Pernambuco possuem gestão descentralizadas via Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde constituídos por região de saúde. Segundo o RI do estado do Ceará:

> Art.52º: Os Fórum de Conselheiros de Saúde são constituídos nas Regiões de Saúde e integrantes da estrutura do Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau. Art.53º. Os Fórum de Conselheiros de Saúde, constituem-se em espaços democráticos com o objetivo de manter a articulação e informação entre si e a sociedade em geral, com a finalidade de promover o Pleno exercício do controle social sobre as políticas públicas, implementadas no âmbito dos municípios, Macrorregiões e Regiões de Saúde correspondente (Ceará, Regimento Interno, 2019).

Com base nas legislações regimentais dos conselhos, percebe-se que os desenhos de descentralização e a relação com a gestão, são decorrentes de características regionais e de dinâmicas que os órgãos de controle social vão estabelecendo no decorrer de suas ações.

Em documento elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (2000), quando se trata das relações do conselho de saúde com a gestão, tem-se que:

> [...] caso o gestor, por qualquer motivo deixe de assumir qualquer das suas funções, cabe ao Conselho, dentro das suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas, e o Ministério Público, visando o bom cumprimento de todas as funções da Gestão pelo gestor (CNS, 2000).

Assim, é imprescindível que gestão e conselhos possam reconhecer suas atribuições legais, compromissos e papel diante do controle social em saúde para sua operacionalização na prática.

Nesse sentido, quanto aos desenhos de descentralização dos CES e relações institucionais, verificou-se que os Conselhos Estaduais de Saúde estabeleceram relações com os Conselhos Municipais e Regionais, além do Ministério Público, quando na maioria das vezes buscou-se este órgão pela sua atuação na tutela legal, fiscalização das políticas e serviços de saúde, bem como pela sua incidência sobre quaisquer violações ao direito à saúde. Destaca-se a importância da descentralização das gestões do Controle Social a partir das relações que se estabelecem via Conselhos Locais e

Conselhos Regionais de Saúde, que visam potencializar a participação na política pública de saúde.

Considerações finais

O retrato dos Conselhos Estaduais de Saúde e sua arquitetura no Controle Social do SUS foram enfatizados via recortes documentais em relação à composição, o funcionamento, a forma de gestão, a diversidade, a paridade e a sua consolidação na legislação dos CES e do SUS.

Em relação à estrutura e organização dos CES, observa-se que na criação das leis dos CES os dados apontam que há indicativos de preocupação permanente dos/as Conselheiros/as de saúde, comissões e mesas diretoras, em regularizar a legislação dos CES. A regulamentação orientadora hoje na rede de controle social descentralizada é a Resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Também, há debates quanto à necessidade de atualização nos regimentos internos em alguns conselhos.

Já em relação ao número de conselheiros titulares e suplentes não há uma regulamentação ou orientação do CNS, além do critério da paridade entre os segmentos usuários dos demais segmentos, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS. Assim, o número de conselheiros titulares e suplentes na composição dos CES é um acordo entre a correlação de forças no colegiado, suas entidades e os gestores estaduais, regulamentado pelo regimento interno e pelas leis de criação de cada conselho.

A documentação sistematizada que se refere às atas dos plenos, de reuniões ordinárias e extraordinárias permite identificar as diversidades no funcionamento interno de cada CES quanto ao modo de inserir as informações no documento. Assim, cada conselho possui sua especificidade e dinâmica para a execução da atividade em questão.

Em relação a agenda política dos CES antes da pandemia, os temas das conferências, de infraestrutura, dos instrumentos de planejamento e gestão, a Emenda Constitucional nº 95/2016 e as políticas de promoção à saúde, foram pautados e trazidos para o debate entre os/as conselheiros/as de saúde. Entre

as relações institucionais dos CES, encontra-se principalmente a relação com o Ministério Público que ora media as conexões entre as entidades do Conselho. Sobretudo quando se trata do processo eleitoral e da legislação dos plenos, que perpassa a relação entre os CES e os gestores Estaduais. Assim, é uma relação que oscila entre apoio e subsídios técnicos, com grande incidência política e poder de capilaridade no controle social em saúde.

Quanto a descentralização e relações institucionais dos CES, a gestão política e administrativa dos CES possibilitou constatar que há desenhos de gestão com características centralizadas via mesas diretoras e diferentes formas de construção da agenda do colegiado de um lado e de outro desenhos de gestão descentralizada com diferentes configurações e representações. Diante disso, as forças políticas locorregionais e os gestores estaduais se materializam nas leis e RI dos CES (Conselhos e fóruns Regionais, Plenárias Regionais, referências regionais e ou representantes dos Conselhos Municipais de saúde em sua composição), ampliando a participação e deliberação. Isso implica a diferença entre os CES na estruturação das comissões e na elaboração da agenda/pautas dos colegiados.

Ampliar a descentralização da gestão dos CES pode significar a ampliação da participação social na saúde e a capilaridade na agenda do controle social, incluindo novos sujeitos na defesa do SUS e do direito humano à saúde.

Pode-se indicar que o mapeamento da Rede Nacional de Controle Social descentralizada via os Conselhos Estaduais de Saúde coloca a defesa do SUS entre as ações estratégicas do controle social. E materializada, principalmente pelas agendas e resoluções apresentadas para deliberações das plenárias, assim como nas discussões dos processos de realização das conferências de saúde. Sobretudo, a defesa do SUS como sistema de saúde pública de direito fortalece os CES e sua rede de controle social, ampliando a participação, o estado democrático de direitos e o exercício da cidadania, que implica na defesa da vida e do direito humano à saúde.

Referências

Brasil. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019-2020)**. 2022. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol1_documental-2022.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 442**, Reunião Ordinária, 12 de novembro de 2019.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 444**, Reunião Ordinária, 10 de dezembro de 2019.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 440**, Reunião Extraordinária, 17 de setembro de 2019.

CES Amazonas – Conselho Estadual de Saúde de Amazonas. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 322**, 257a Reunião Ordinária, 18 de fevereiro de 2020.

CES Ceará -– Conselho Estadual de Saúde de Ceará. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 483**, Reunião Ordinária, 26 de agosto de 2019.

CES Espírito Santo – Conselho Estadual de Saúde de Espírito Santo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 196**, Reunião Ordinária, 21 de fevereiro de 2019.

CES Minas Gerais – Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 545**, Reunião Ordinária, 09 de dezembro de 2019.

CES Pará – Conselho Estadual de Saúde de Pará. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 08**, Reunião Ordinária, 27 de agosto de 2019.

CES Paraná – Conselho Estadual de Saúde de Paraná. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 268**, Reunião Ordinária, 31 de outubro de 2019.

CES Rio Grande do Norte – Conselho Estadual de Saúde de Rio Grande do Norte. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 275**, Reunião Ordinária, 04 de dezembro de 2019.

CES Rio Grande do Norte – Conselho Estadual de Saúde de Rio Grande do Norte. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 274**, Reunião Ordinária, 13 de novembro de 2019.

CES São Paulo – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 305**, Reunião Ordinária, 11 de janeiro de 2021.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do Controle Social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões**. Nelson Rodrigues dos Santos - Secretaria Executiva do CNS. Nov. 2000. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

Cortes, S. M. V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários:** conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Sociologias**, v. 4, n. 7, jan./jun. 2002, p. 18-49.

David, C.; Araujo, A. Conselho Estadual de Saúde do RS. **Relatório de Pesquisa Mapeamento do Controle Social no RS - CES/RS, CEAP/RS, ESP/RS, PP/SUS/ FAPERGS, Rio Grande do Sul**, 2019. Disponível em: https://fapergs.rs.gov.br/. Acesso em: 20 fev. 2024.

Escorel, S.; Delgado, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. **Saúde debate,** n. 43, p 62-78, jun. 2008.

Pigatto, F. Z. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? In: Santos, A. O. de; Lopes, L. T. (orgs.) **Competências e regras.** Brasília, DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 341 p. Coleção Covid-19, v. 3.

Conselhos Estaduais de Saúde no exercício do controle social durante a pandemia de covid-19

Clarete Teresinha Nespolo de David
Tatiane da Rosa Vasconcelos

Introdução

A pesquisa "A pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS"[44] objetivou sistematizar os impactos da covid-19 no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as alterações nas dinâmicas, pautas e estratégias nos Conselhos Estaduais de Saúde. Foram gerados alguns relatórios como resultados da pesquisa, diante dos questionamentos: Como os conselhos estavam funcionando no contexto pandêmico, como estavam enfrentando os desafios organizativos com o isolamento social, como estavam enfrentando as pautas gerais de defesa do SUS e, especificamente, as demandas geradas pela pandemia?

O relatório geral deste subprojeto, sistematização documental[45] optou por socializar os dados das atas dos plenos em relação ao contexto da pré-pandemia e na pandemia da covid-19 – pautas, dinâmicas, estratégia e impactos no exercício do controle social na defesa do SUS e do direito humano à saúde, agora no formato artigos. A temática das pesquisas compartilhadas nesta coletânea possui relevância nas ações de participação e do controle social no e do SUS.

44 O projeto de pesquisa "A pandemia de covid-19 e os impactos no controle social do SUS" está vinculada ao Projeto Nacional de Formação de Conselheiros de Saúde – 2ª edição, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), via parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e execução do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), sendo subprojeto da pesquisa intitulada "Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde", aprovada pela CONEP por meio do CAAE 14851419.0.0000.0008. Resultaram sete produtos: 1) análise das entrevistas que foram feitas com representantes das mesas diretoras e Comissões de Educação Permanente dos Conselhos Estaduais e do Distrito Federal; 2) vídeos com a síntese das entrevistas; 3) revisão de escopo sobre a literatura que trata da saúde e participação social na América; 4) análise das atas dos Conselhos Estaduais e do Distrito Federal de julho de 2019 a janeiro de 2021; 5) análise da estratégia de formação do Conselho Nacional de Saúde; 6) perspectivas para as pesquisas sobre controle social no SUS, realizadas a partir de depoimento de pesquisadores brasileiros de referência no tema; 7) levantamento da estrutura e do plano de necessidades dos Conselhos de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

45 Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019-2020). Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol1_documental-2022.pdf. Acesso em: 08 maio 2024.

Para explicitar as categorias teóricas deste estudo, da participação política e democracia, busca-se apoio em autores que tratam da temática, Pataman (1992), Gohn, (2011), Herbert de Souza (2010), Cohn, (2000), Cortes (1996), Correia (2009).

Pataman (1992), cujo estudo preocupa-se em analisar o lugar da participação em uma teoria da democracia moderna, aponta que as teorias sociopolíticas sobre a participação dos indivíduos na sociedade civil ou política tornam-se parte do vocabulário político e popular no Ocidente pela intensificação dos movimentos sociais em prol de uma participação para a implantação dos direitos. Ela levanta uma questão crucial para a teoria política: qual o lugar da participação numa teoria política moderna e viável? Além disso, Gohn (2011) constata que o termo 'participação' perdeu importância entre os teóricos contemporâneos da política e da sociologia política, em relação ao papel/função que lhe foi atribuído pelos clássicos" (Gohn, 2011, p. 24). Ainda, que a análise do tema participação pode ser sistematizado em três níveis: (a) o conceitual, que varia conforme o paradigma teórico que o fundamenta; (b) o político, que é associado a processos de democratização, mas também aparece associado a mecanismos de regulação e normatização social e (c) o da prática social, associado a ações concretas, lutas, movimentos e organizações.

Ainda, para Gohn (2011, p. 27):

> O conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise: lutas e movimentos sociais [...] refere-se a processos de lutas sociais voltados para a transformação das condições existentes na realidade social, de carências econômicas e/ou opressão sociopolítica e cultural.

Entretanto, para Herbert de Souza (2010), a participação é um dos cinco princípios da democracia. Sem ela, não é possível transformar em realidade, em parte da história humana, nenhum dos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade.

É importante destacar que, na América Latina nos anos 1960, o conceito de Participação Popular é materializado na literatura e nos movimentos sociais

de base, como de Educação Popular - metodologia de fazer com e construção da autonomia dos sujeitos, tendo como eixo central o diálogo (Freire, Brandão, Holliday) e reinterpretado na política de saúde por Valla, Vasconcelos, Pedrosa, Dantas, dentre outros. Quando se fala em sociedade civil organizada e de caráter popular, está se falando daqueles setores da sociedade que estão preocupados com o que os organizadores apontam como sendo a construção da cidadania, a melhoria da qualidade de vida e o controle desse processo pela sociedade civil organizada e pelos cidadãos (Valla, 2004).

> A construção da cidadania implica o acesso e a participação na definição da agenda política dos distintos atores sociais, que a partir desta prática constroem sua identidade e conquistam sua autonomia, resultando na sua 'capacidade de escolha', frente às distintas alternativas diante de situações dadas (Cohn, 2000, p. 51).

No sentido de deliberar e usufruir dos resultados das deliberações, no caso da política de saúde, das ações e serviços de saúde como direito. Para Cortes (1996), a participação é o modo como as teorias do Estado concebem a descentralização – condição indispensável para o envolvimento de participantes – das áreas municipal e local da administração pública e das formas diretas de participação. Nos países do terceiro mundo, "a implementação de políticas de saúde baseadas nesta estratégia [...], de participação e descentralização, [...] representam um esforço em direção a racionalização do setor saúde, mas também, em alguns casos, favorecem o crescente envolvimento popular no processo político do setor" (Cortes, 1996, p. 65). Que teve influência, dentre outras, das agências internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

No Brasil o setor saúde incorpora, pela força da mobilização popular e capitaneada pelo Movimento de Reformas no setor saúde, entre os princípios do SUS a participação Popular na saúde. No contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, esse processo se deu inicialmente pelos conselhos populares de saúde e posteriormente pelas Conferências Municipais de Saúde (CMS), bem como na estratégia da política de atenção primária em saúde.

A 8ª Conferência aberta à participação popular, confirmou o conceito ampliado de saúde deixando de ser visto apenas como ausência de doença, ao afirmar que "a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde" (Brasil, 1987, p. 4). Foi considerada o marco para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O presente conceito ampliado de saúde trazido pela mobilização popular dos anos 1980 no contexto dos Movimentos de reformas no setor saúde, que resultou na 8ª CNS foi incorporado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e reafirmado na Lei nº 8080, nos artigos 2º e 3º que reafirmar a saúde como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1990a).

No artigo 7º da Lei 8.080/1990, são apresentados os princípios e diretrizes do SUS e, dentre eles estão a universalidade de acesso, a integralidade, a descentralização político administrativa e a participação da comunidade. A legislação refere que o atendimento universal e a atenção integral à saúde devem ser viabilizados e controlados mediante a descentralização político-administrativa e a participação da população em instâncias colegiadas (Brasil, 1990a).

Já a Lei 8142/1990, 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. Conforme o artigo 1º, o SUS contará com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, enquanto instâncias colegiadas em cada esfera de governo. O parágrafo 2º estabelece que

> O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na

> instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Brasil, 1990b).

As Conferências e os Conselhos de Saúde foram juridicamente instituídos com fóruns colegiados de participação, cuja composição inclui representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores da saúde e dos usuários. À representação dos usuários coube os 50% da composição legal desses fóruns; a outra metade foi dividida entre os demais segmentos trabalhadores 25% e os outros 25% divididos entre os gestores e prestadores de serviços do SUS.

Assim, o controle social, pode ser entendido como participação da comunidade nas ações e serviços de saúde em todas as esferas de governo, tendo em vista que quanto maior o envolvimento da sociedade no processo de implementação do SUS, há garantia e acesso aos direitos. É um mecanismo de fortalecimento da cidadania que oportuniza os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão pública contribuindo na aproximação da sociedade e do Estado (Brasil, 2019). Essa participação na saúde também aparece na literatura como Controle social na política de saúde. De acordo com Correia o Controle Social:

> [...] visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia (Correia, 2009, p. 68).

Ainda em relação a legislação do SUS, a Lei nª 141/2012 (Brasil, 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; estabelece os

critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Essa legislação orientou a resolução 453/2012 do CNS no que tange às responsabilidades do Controle Social na saúde.

O conceito de participação social integrado ao SUS coloca a população enquanto sujeito ativo das ações públicas e políticas de saúde, sendo protagonista na produção e exercício da cidadania. Ou seja, é a democracia participativa em exercício, na qual a sociedade expõe suas demandas e participa do poder decisório da política através do controle social (Brasil, 2019).

Em relação aos Conselhos de Saúde, desde a criação do SUS, estes passam a ter poder deliberativo na política da saúde. Tem-se presente na resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Consigna-se que o objetivo principal da resolução está em, por meio dos Conselhos de Saúde, consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do SUS. Daí ser interessante observar e inventariar, de forma mais atenta, noutro momento, se os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) promoveram alterações/adequações nos seus respectivos atos normativos, em específico nos regimentos internos.

A pandemia provocada pela covid-19 impactou a sociedade no mundo inteiro, embora as ações dos Estados Nacionais, bem como o contágio e a mortalidade, tenham sido diferentes. No Brasil, apesar de algumas dificuldades políticas para a adoção de medidas centralizadas e que coordenasse as ações em todo o território nacional, o SUS cumpriu um papel decisivo na garantia de acesso universal aos serviços que, certamente, contribuíram para evitar um nível de mortalidade ainda mais alto. O Controle Social do SUS, por meio dos Conselhos, nas diferentes esferas de governo, foi duplamente impactado pela pandemia e pelo isolamento social; a principal medida para diminuir o contágio impossibilitou a dinâmica de funcionamento dos Conselhos via

reuniões presenciais, discussões e articulações de políticas públicas de saúde. Ao mesmo tempo, a gravidade da situação de saúde provocada pela covid-19 exigiu medidas rápidas, abrangentes e inovadoras para se comunicar com a sociedade e atender às novas necessidades.

As análises são transversais ao campo da saúde, evidenciam falhas no âmbito dos sistemas governamentais e de saúde que, durante a pandemia de convid-19, não foi capaz de lidar com a crise civilizatória exposta. Conforme Ferla et al. (2020, p. 2), a presente crise "[...] não se traduz apenas no desleixo governamental com as vidas, que é um desleixo seletivo envolto no gozo de produzir o sofrimento e a morte. Há destruição de políticas públicas, de instituições públicas", isto implica no desmonte do SUS sendo explícito cada vez mais, resultando na falta de direitos e acessos à população. Além disso, os espaços de participação e controle social instituídos a partir da criação do SUS em 1990, especificamente os contextos analisados que foram os Conselhos Estaduais de Saúde, contribuem para a denúncia de uma ação política que necessita ser fortalecida a partir e junto com a sociedade. Assim, estamos falando de participação e emancipação política.

Assim, em relação às fontes documentais da pesquisa, o Grupo de Trabalho (GT) optou pela legislação (leis de criação do CES) e normatização dos CES (regimentos internos), do CNS (resoluções e recomendações) e do SUS; ainda, pelas atas dos plenos relativas ao período entre julho de 2019 e janeiro/ fevereiro de 2021.

Nesse artigo, enfatiza-se o medo da doença, a fragilidade na infraestrutura dos CES e os desafios tecnológicos no exercício do Controle Social - A resiliência e a criatividade para cuidar da saúde e defender o SUS. Busca-se tratar sobre o contexto da pandemia a partir da agenda interna, organizacional e política dos conselhos diante dos impactos do isolamento, formas de atuação online, novos instrumentos (*lives*, conferências virtuais) e da experiência de descentralização, considerando que a pandemia expôs/ evidenciou a fragilidade e a resiliência dos conselhos estaduais de saúde e deu visibilidade ao SUS e aos atores coletivos.

No contexto da pandemia, são percebidas nos documentos sistematizados algumas fases das ações dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) nos estados em relação às pautas, dinâmicas e estratégias centrais dos colegiados, no ano de 2020 e 2021 que podem ser classificadas em:

I. As plenárias ocorreram de forma presencial na sede dos CES, no período de janeiro a março de 2020, em que não havia restrições à realização das reuniões presenciais;

II. Houve um "silêncio" dos CES devido à "Situação Pandêmica", o medo da doença, o distanciamento físico, no período de abril a julho/agosto de 2020 - com exceção do CES do estado do Ceará, que manteve reuniões a partir de março/abril - havendo cancelamento de reuniões e/ou realização delas *on-line* via aplicativos de videoconferências;

III. Retomada dos trabalhos dos CES em junho/julho/agosto 2020, via plataformas virtuais (*Google Meet, Skype, ZOOM, Cisco Webex, web.conf.prodest.es.gov.br, web Conf. Telessaúde/SES*), adquiridas pelos CES ou disponibilizadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou Universidades Federais, a readequação no formato de trabalho nas dinâmicas internas e externas aos CES e das relações com os Conselheiros Estaduais e Municipais, Comissões e a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), quando, mesmo permanecendo as medidas restritivas e preventivas, houve a possibilidade realizar as sessões plenárias tanto de forma virtual quanto híbrida.

Destaca-se que, segundo David e Cruz (2021), a democratização dos espaços de participação da sociedade civil não é um processo acabado. Ele tem sofrido, ao longo da história, muitos revezes políticos, especialmente diante de governos de posturas neoliberais que atuam pela redução do Estado e tendem a aniquilar os espaços de participação social. Assim, a pandemia agravou um contexto já precário (econômico, político, social, cultural e ambiental) dos governos, que congelaram os recursos para o SUS e disponibilizaram a saúde como moeda de troca ao mercado.

Sobretudo, quando se trata do exercício do controle social em saúde por meio dos conselhos, foi a partir desse momento que surgiram novos limites

e desafios para as ações e articulações que envolveu toda a sociedade durante esse período pandêmico. Para além de se experimentar situações excepcionais, não previstas nos regimentos internos dos Conselhos, houve necessidade de, inicialmente, cancelar as reuniões presenciais. E, posteriormente, retomar e manter as sessões plenárias de forma virtual, via videoconferências.

Vale destacar ainda que, além da percepção que a prática da participação exige presença e interação, o perfil dos conselheiros, em sua grande maioria, era de população acima de 60 anos, muitos sem estrutura para reuniões virtuais. Há, assim, dilemas em aspectos materiais bem como de mudança cultural e subjetiva em relação ao processo de participação *on-line*.

Diante disso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu uma instrução normativa, convertida, em seguida, na resolução nº 645, de 30 de setembro de 2020 (Brasil, 2020), de orientação a rede descentralizada de controle social, com o propósito de estabelecer os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS via realização remota de reuniões colegiadas, durante a pandemia, bem como buscando evidenciar a prioridade por pautas diretamente relacionadas à emergência em saúde pública e do estado de calamidade pública decorrentes da covid-19, reiterando os critérios regimentais de pertinência, relevância, tempestividade e precedência.

A seguir explicita-se as pautas/agendas e dinâmicas internas, organizacionais e políticas dos CES no contexto da pandemia do covid-19 e da gestão e descentralização do colegiado.

Agenda interna, organizacional e política dos CES, estratégias no contexto da pandemia

A agenda interna, organizacional e política dos CES no contexto da pandemia expressou as dificuldades e tensões que o contexto social apresentava. Mesmo com as adversidades impostas pela covid-19, foi possível perceber que as pautas e agendas dos conselhos passaram a tratar sobre temas voltados à pandemia e suas intersecções, além das pautas fixas de debate. Visto que os CES foram sujeitos coletivos importantes no enfrentamento da crise pandêmica, assim como para o exercício do controle social em saúde.

Em relação às agendas

Em face das restrições impostas pelo contexto da pandemia da covid-19, algumas ações em relação às dinâmicas de funcionamento precisaram ser implementadas. Uma delas refere-se às pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias dos conselhos, cujo enfrentamento da pandemia e suas intersecções passaram a ser pauta fixa no pleno, juntamente com os instrumentos de planejamento e gestão, infraestrutura, entre outros. Destaca-se que a videoconferência foi a opção adotada pelos Conselhos de Saúde para manter as suas reuniões plenárias e, por conseguinte, o exercício efetivo do Controle Social.

A infraestrutura mantém-se como pauta fixa, antes e no contexto da pandemia. Apesar das limitações e da ausência de apoio, os Conselhos buscaram providenciar, de diversas maneiras, os recursos e os suportes essenciais para viabilizar a transmissão das reuniões *on-line*, assim como para garantir que todos/as conselheiros/as pudessem acessar e participar delas. Assim, no decorrer do ano pandêmico de 2020, foram realizadas, virtualmente, as reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos de Saúde, muitas vezes sem assessoria técnica para acessar e manusear os *softwares* de videoconferências, sem acesso à internet de qualidade, sem equipamentos adequados para projetar e visualizar detalhadamente documentos e dados nem para evitar interferências na audição e transcrição das atas.

O debate entre os/as conselheiros/as discute a não existência de espaços para as reuniões das comissões e dos plenos, falta de recursos para o seu real funcionamento, ressarcimentos das despesas dos/as conselheiros/as de saúde no exercício do controle social e/ou participação de eventos e conferências, assessorias nas áreas técnicas e transcrição das atas das comissões e plenos. Exemplifica-se, o Conselheiro de Mato Grosso que está presidindo a reunião informou que

> a secretária executiva abriu os microfones, mas que estes não estão funcionando. Fala que há 4 anos o CES do Mato Grosso vivencia um processo de desvalorização, sem condições de infraestrutura para seu funcionamento. Coloca que a estrutura mínima é obrigação de qualquer Governo, seja de direita ou esquerda (Mato Grosso, Reunião Extraordinária, 17/03/2020).

Em relação à participação dos segmentos, percebeu-se certa disputa entre as entidades para ocupar vagas de representação nos CES, e nas comissões permanentes consideradas de maior impacto político, principalmente neste período de 2019 a 2020 de eleições do Pleno e comissões. Porém, constatam-se, nas atas dos plenos, frequentes manifestações entre os conselheiros e a mesa diretora sobre assiduidade das representações nas reuniões do pleno e o efetivo exercício nas comissões, câmaras técnicas e grupos de trabalhos.

Constatou-se, ainda, que as comissões dos CES com agenda de articulação nacional, como as do financiamento, da saúde do trabalhador, saúde mental, atenção primária em saúde, inclusive no contexto da pandemia, permaneceram articuladas e com mobilizações descentralizadas nos estados e municípios. Destaca-se a Comissão de Educação Permanente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em parceria com Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), que se redesenha no contexto da pandemia e assume o processo de educação permanente de conselheiros de saúde nos estados do Brasil, com formato virtual, de modo articulado com as representações dos CES dos estados, incluindo, ainda, a formação quanto ao uso das plataformas na perspectiva da Educação Popular.

Em relação ao processo eleitoral dos CES e das suas comissões, o mesmo aconteceu no contexto anterior e durante a pandemia da covid-19, apesar da recomendação do CNS para a prorrogação dos mandatos nesse cenário, evitando a descontinuidade nas ações dos CES. Constatou-se recomposição com eleições da mesa e de comissões dos CES e prorrogação de mandatos, conforme apresentados no Quadro 1. Embora o CNS tenha emitido

uma resolução (nº 654, 1 de abril de 2021) que dispõe sobre as regras referentes à prorrogação de mandatos no âmbito dos Conselhos de Saúde, grande parte dos CES já havia iniciado a troca de mandatos em fins de 2019 e início de 2021, conforme previsão da regulamentação dos colegiados e devido a troca de gestores estaduais por ocasião das eleições de governadores.

Quadro 1. Processo eleitoral dos Conselhos Estaduais de Saúde durante a Pandemia de covid-19.

Região do Brasil	**Estado**	**Situação quanto ao processo eleitoral**
Norte	Pará	Prorrogação de mandato
	Amapá	
	Acre	Realizou Eleições
	Amazonas	
	Rondônia	
	Roraima	
	Tocantins	
Nordeste	Maranhão	Prorrogação de mandato
	Alagoas	Realizou Eleições
	Ceará	
	Paraíba	
	Piauí	
	Bahia	
	Pernambuco	
	Rio Grande do Norte	
	Sergipe	

Centro-Oeste	Distrito Federal	Realizou Eleições
	Mato Grosso do Sul	
	Goiás	Prorrogação de mandato
	Mato Grosso	
Sudeste	Espírito Santo	Prorrogação de mandato
	Minas Gerais	
	Rio de Janeiro	
	São Paulo	
Sul	Paraná	Prorrogação de mandato
	Rio Grande do Sul	
	Santa Catarina	

Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES.

Já em relação aos instrumentos de planejamento e gestão, também pautas fixas nos Conselhos de Saúde, capitaneadas, principalmente, pelas Comissões de Financiamento e Orçamento Público, Fiscalização e Serviços Públicos e/ou equivalentes, são as estruturas organizativas que provocam o debate dessa agenda nos plenos, na relação com as mesas diretoras e a gestão estadual. Há diferentes metodologias utilizadas pelos CES para tratar dos instrumentos de gestão:

A. grupos de trabalho criados, especificamente, para as temáticas com apoio de técnicos das SES (Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Anual de Saúde (PAS), Plano Estadual de Saúde (PES);
B. a cargo de comissões específicas e promoção de oficinas nas comissões dos CES;
C. a comissão de referência ou o GT dividem parte do RAG e ou Programação Anual de Saúde para discussão e elaboração de

pareceres entre as comissões dos CES, com oficinas de formação;

D. em relação a alguns temas são chamadas audiências públicas, para tomadas de decisões de âmbito político e;

E. presença de convidados ou trabalhadores das SES com conhecimento técnico na área para dados/informações/ esclarecer dúvidas e proporcionar debates no colegiado em relação às resoluções.

Há manifestação de conselheiros/as de que com a pandemia, houve maior dificuldade no trato dos documentos de contratos de servidos com os prestadores privados, em alguns casos motivos do atraso na emissão dos pareceres em relação ao RAG. E, que a precarização e as privatizações de serviços, Organizações Sociais de Saúde (OSS) e fundações podem interferir na qualidade dos serviços prestados à população e na saúde dos trabalhadores da saúde. Há registro em ata, no ano de 2020, sobre a suspensão do prazo por 60 dias do RAG e relatórios de prestação de contas do 2º e 3º quadrimestre, aprovados pelo Pleno do CES do Espírito Santo (Espírito Santo, Ata 81ª RE, 2020). No conselho do Distrito Federal, a Presidenta do Conselho explicou que a reunião debaterá dois instrumentos de planejamento, o RAG 2018 e a PAS 2020. Disse que o RAG 2019 deverá ser distribuído nesta reunião extraordinária, tendo em vista já estar com o seu cronograma de análise no Conselho atrasado devido a diversos fatores alheios, como a pandemia e alguns atrasos da própria gestão (Distrito Federal, Ata nº 450 RO, 14/07/2020). No CES de Santa Catarina:

> Conselheiro [...] disse que no RAG havia algumas fragilidades nos indicadores e que algumas ações ainda não tinham saído do papel, e se comprometeu a trazer ao pleno algumas ideias para contribuir com o alcance das metas (Santa Catarina, Ata 245ª RO, 03/07/2019).

Em relação às políticas de atenção à saúde, no contexto da pandemia do covid-19, também são destacadas nas pautas dos plenos as questões sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora – Comissão interinstitucional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (CISTT), saúde mental, população

negra, LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, queer, intersexuais, assexuais, demais orientações sexuais e identidades de gênero), indígenas, atenção básica e primária em saúde, saúde e meio ambiente. Exemplifica-se que no CES do estado de Pernambuco (PE), a manifestação é no sentido que a política de Saúde Mental vem sofrendo uma série de ataques e retrocessos, protagonizados pela atual gestão do Ministério da Saúde. De acordo com o registro em ata (CES Pernambuco, Ata 515ª RO, 22/02/2020) o Gerente de Atenção à Saúde Mental da SES/PE:

> agradece a oportunidade de estar construindo mais um momento de debate com relação a uma Política que vêm sofrendo uma série de "ataques" e retrocessos, mas esse espaço vem contribuindo muito para o fortalecimento da política, buscando posicionamentos concretos, e formas de manter conquistas importantes que Pernambuco têm em relação à Política de Saúde Mental, evitando perdas diante desse cenário político atual, onde o estado brasileiro e o Ministério da Saúde se posicionam em defesa do modelo manicomial.

Segundo ele:

> Nosso Estado vêm se colocando de forma aguerrida e firme diante de outros estados, em relação a manter o processo de desinstitucionalização, estando em curso, mesmo com todas as contradições e descompassos, o estado de Pernambuco vem buscando lutar dentro de todos esses processos, inclusive recentemente no ano de 2018 (dois mil e dezoito), nesse espaço aqui, temos publicada uma portaria que trata da Política de Saúde Mental no Estado, nós tínhamos todos os alinhamentos, mas a publicação da Política de Saúde Mental foi um grande passo e um importante posicionamento, do ponto de vista positivo, na garantia dos processos de posicionamentos políticos em defesa da RAPS, em defesa, sobretudo, de uma política de saúde mental voltada para o SUS e na garantia dos direitos (CES Pernambuco, Ata 515ª RO, 22/02/2020).

Considerando o que foi exposto sobre as pautas dos CES no contexto da pandemia, percebe-se que a infraestrutura dos conselhos quanto ao

espaço físico, falta de recursos e precariedade segue como pauta fixa. Neste sentido, intui-se que a pandemia não inaugurou, mas ampliou as dificuldades de estrutura enfrentadas pelo controle social, principalmente no tocante a equipamentos tecnológicos e acesso à internet de boa qualidade para a secretaria executiva e para os conselheiros. Outro aspecto é a capacitação dos/as conselheiros/as, bem como assessorias na área de tecnologia e comunicação para aperfeiçoar o uso destas ferramentas e ocupar de forma mais eficiente as novas plataformas de comunicação.

Outra pauta fixa é sobre os instrumentos de planejamento e gestão, que expõem uma fragilidade para os/as conselheiros/as diante da sua eficiência quanto às necessidades de saúde e os determinantes do processo saúde-doença. E ainda, quanto a sua avaliação, que seja feita pelo conjunto dos conselheiros de saúde e suas entidades para que os pareceres sejam fruto de ação coletiva e capilarizada – não apenas de uma ou mais comissões –, verificando-se formas de monitorar as ações de saúde, a qualidade das ações e implicar a participação da população.

Conhecer a pandemia e as conjunturas nacional, estaduais e municipais, além dos enfrentamentos em relação aos projetos democrático e privatista em disputa com o avanço da mercantilização na saúde, fez com que os/as conselheiros/as de saúde dos CES se apropriarem dos dados do PES 2020-2023; há indicativos de inserção das propostas das Conferências Estaduais de Saúde nos PES e, ainda, preocupação com o monitoramento das metas pactuadas nos instrumentos de planejamento e da gestão.

Ainda em relação às pautas/agendas, observou-se a participação dos segmentos quanto às disputas por vagas, assiduidade, exercício das comissões nos conselhos e recursos de poder. Além disso, o processo eleitoral contou com a prorrogação e recomposição das mesas de alguns conselhos, conforme resolução emitida pelo CNS. As políticas de atenção à saúde tiveram destaque durante o período da pandemia devido ao próprio enfrentamento e às medidas de prevenção da covid-19, bem como preocupação a saúde dos profissionais de saúde e toda a população.

Dinâmicas e estratégias dos CES no contexto da pandemia do covid-19

As dinâmicas e estratégias utilizadas pelos conselhos de saúde durante a pandemia de covid-19, mesmo com muitas dificuldades, conseguiram viabilizar uma estrutura básica para garantir o acesso e uso dos aplicativos de videoconferências por parte dos/as conselheiros/as, e ainda o funcionamento do controle social em saúde.

As mobilizações para a realização das Conferências (Municipais, Estaduais e Nacional) de saúde e intersetoriais, denotam importantes espaços de debates, formulação e avaliação da agenda política do controle social, possibilitando ampliar, em cada nível de gestão do SUS, a participação social da população na saúde, para além dos espaços dos Conselhos de Saúde. E o CES se responsabilizou para garantir que os instrumentos de planejamento e de gestão incorporem as deliberações das conferências de saúde.

Observou-se enquanto estratégia de fortalecimento para os CES, principalmente no contexto pandêmico, que há necessidade de reestruturação dos regimentos internos, mesmo entre os CES que aprovaram sua regulamentação em 2019, pois a legislação não previa ações mediante uma pandemia, as reuniões *on-line*, os novos formatos das deliberações e de diálogo com a gestão, dentre outros eventos. Assim, a criação de grupos de trabalhos é pauta em plenos e debates com a gestão, entre as comissões e instâncias descentralizadas do controle social na reestruturação dos Regimentos Internos.

No CES do Ceará, uma importante estratégia de debate da agenda política do SUS foram as Conferências de Saúde, que ocorreram de modo virtual e emergencialmente e de forma descentralizada, para dar conta das demandas no contexto da pandemia, assim como o debate referente ao Regimento Interno do conselho.

> O presidente do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau) [...] falou que na última reunião do Pleno, foi aprovado a proposta de Regimento Interno e do Regulamento da 9ª Conferência Estadual de Saúde Extraordinária Virtual. Falou sobre as reuniões ampliadas

> que serão realizadas pelos municípios, onde serão escolhidos 4(quatro) delegados(as), respeitando a paridade, para participar da Conferência Regional de Saúde, onde serão eleitos 40 (quarenta) representantes de cada Região de Saúde, assim distribuídos: 10 (dez) trabalhador(a)/profissional de saúde, 10 (dez) gestor(as) e 20 (vinte) usuários(as). Informou que o Regimento Interno da 9a Conferência Estadual de Saúde Extraordinária Virtual está em consulta pública até o dia 31 de agosto de 2020. Após debates sobre a 9a Conferência Estadual de Saúde Extraordinária Virtual, o Assessor Técnico [...] informou o nome dos Conselheiros(as) Estaduais de Saúde que estão nas Comissões da 9ª Conferência Estadual de Saúde Extraordinária Virtual (Ceará, Ata 2ª RE, 14/08/2020).

Constata-se, ainda, que as articulações internas e externas das entidades nos espaços de participação instituída possibilitaram aos CES uma maior ou menor incidência política. Há indicativos de que, no contexto da pandemia, ampliou-se a relação com os Conselhos Municipais de Saúde. Utilizaram-se instrumentos e mecanismos como: Cartas abertas sobre a questão do "financiamento de guerra", visitas aos CMS, encontros descentralizados com CMS, plenárias de Conselhos de Saúde, reuniões *on-line* e *lives* informativas e de combate às *fake news*.

Esse conjunto de fatores descritos interfere na gestão dos CES. Há indicativo nas atas de gestões descentralizadas via Conselhos Regionais de Saúde, apoiadores regionais, referências por regiões de saúde e sua resistência com o avanço da privatização na saúde. Ampliar a descentralização da gestão dos CES pode significar a ampliação da participação social na saúde e a capilaridade na agenda do controle social, incluindo novos sujeitos na defesa do SUS e do direito humano à saúde. Exemplifica-se, o Presidente do CESAU,

> [...] explicou que no tocante aos assentos, será feito através de eleição e articulação com as entidades em suas respectivas regiões de saúde, respeitando o mecanismo mais democrático. Falou ainda que, as conferências regionais de saúde, que irão decidir sobre os assentos e composição do CESAU, e reforçou que o motivo de tal conferência é viabilizar uma representação mais igualitária no Estado do Ceará (CES Ceará, Ata 6ª Reunião Virtual, 14/09/2020).

A educação permanente para o controle social no SUS é uma pauta do controle social, incluída pelos sujeitos no contexto das Conferências de Saúde desde a criação do SUS, tornou-se Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS em 2006. Mas, nos CES, enquanto dinâmica e estratégia, ainda há necessidade de um Plano de Educação Permanente para os Conselheiros de Saúde, parte importante para a agenda nacional de formação permanente de conselheiros de saúde como estratégia de controle social do SUS. Há destaque à formação para conselheiros municipais e estaduais de saúde, para os novos conselheiros de saúde eleitos, para a educação da população e trabalhadores em relação à covid-19. Há, também, parcerias com a Fiocruz, escolas de saúde pública e instituições de ensino superior para a capacitação de conselheiros de saúde. No CES do Rio de Janeiro, evidencia-se a relação da educação permanente com os CMS:

> A conselheira [...] iniciou os informes relatando que as Comissões de Integração Interconselhos e de Comunicação, Informação e Educação Permanente estão construindo um Documento Orientador para os Conselheiros Municipais de Saúde dos seiscentos e quarenta e cinco Municípios com o objetivo do fortalecimento de políticas públicas de Saúde no primeiro ano de gestão municipal bem como a necessidade de realização das Conferências Municipais que deverão ser convocadas até o dia 31 de março (Rio de Janeiro, Ata 136 RE, 18/02/2020).

Ainda, há indicação da proposta do CNS/OPAS/CEAP de oficinas presenciais que foram desmarcadas e discussão sobre o novo calendário virtual. Dá-se ênfase às oficinas ofertadas pelo CNS em parceria com a OPAS, o CEAP e as comissões responsáveis nos CES. Há indicativos de construção de um plano estadual de educação permanente que contemple a formação dos conselheiros municipais e estaduais, incluindo os diversos desenhos de descentralização, tais como conselhos regionais de saúde, conselhos locais e distritais, articulados com as escolas de saúde pública e/ou instituições formadoras, com previsão de recursos no orçamento do estado.

As dinâmicas e estratégias dos CES também possibilitaram que houvesse movimento de formação para os conselheiros de saúde, a fim de darem conta das demandas das comissões no exercício das suas competências. Ainda, houve preocupação com a formação via redes sociais dos conselheiros de saúde dos CMS e das regiões, como exemplifica-se no CES de Goiás: "A Coordenadora de Apoio Regional em Educação Permanente de Saúde, propõe também que seja feita a Capacitação de Conselheiros por videoconferência, esclarecendo que o fato de não haver necessidade de deslocamento de pessoas de outros municípios ajudaria muito" (Goiás, Ata 3ª RO, 03/03/2020). Porém, a educação permanente ainda não consta como pauta fixa na agenda política dos CES, concretizada em planos estaduais de educação permanente ou incluídas nas metas dos PES. Assim, dar prosseguimento e ampliar as experiências do "Projeto de Formação para o Controle Social no SUS", de conselheiros(as), inclusive abrangendo uma maior perspectiva de formação de multiplicadores, é um desafio posto.

O enfrentamento a pandemia produziu diferentes significados na vida das pessoas - e nessa conjuntura aposta-se na Educação Permanente (EP) como estratégia estruturante da Rede Nacional de Controle Social para fortalecer o protagonismo dos sujeitos que atuam nos CES e em espaços não institucionalizados enquanto potência para mobilizar a sociedade. A EP coloca-se como dispositivo ativador dessa potência para a mobilização da sociedade na luta em defesa dos direitos, da vida e do SUS. A EP é uma estratégia, um dispositivo para atuação dos conselheiros como sujeitos políticos, atores em defesa da democracia, da saúde como direito e do SUS, em fortalecimento da democracia participativa. Isso contribui para construção de uma sociedade justa. Neste sentido, permanece o desafio da política de educação permanente e da formação dos profissionais nas agendas dos Conselhos Estaduais.

Novas ferramentas de comunicação e informação nos CES

Destaca-se que inúmeras foram as ações estratégicas dos CES para adaptar as frágeis estruturas e atuar frente à pandemia do covid-19. Talvez a principal estratégia e transição do presencial para o virtual ou híbrido

seja a implantação de novas ferramentas de comunicação e informação nos CES. Estratégia essa também muito utilizada no processo de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e lideranças dos Movimentos Sociais como veremos a seguir.

Na aproximação do CNS com os CES há projetos de investimentos em parceria com a OPAS, no contexto da pandemia, em plataformas e equipamentos para apoiar os CES no processo de multiplicação da educação permanente. Os 27 estados e o Distrito Federal tiveram assinaturas nas plataformas *Zoom Meeting*, para videoconferências, e *streaming*, para transmissão de atividades, além de fones de ouvido, *webcam* e microfone para reuniões.

A fim de exercer suas atribuições, os/as conselheiros/as precisam ter acesso a informações atualizadas sobre as políticas de saúde, sobre a movimentação financeira dos recursos dessa área e conhecimentos específicos para análise, por exemplo, de documentos relativos ao exercício do controle social. Para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde (Lei Complementar nº 141, art. 44, 2012), a maioria dos Conselhos de Saúde possui apoio de instituições sociais e governamentais que promovem atividades para formação em educação permanente em saúde, tais como: a Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz (RJ/PE); as Escolas de Saúde Pública de Minas Gerais, Acre, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso; instituições de ensino superior de Acre, Amazonas, Rondônia, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará; Superintendência de Recursos Humanos de São Paulo.

Em algumas atas, foi possível visualizar registros sobre a experiência formativa (oficinas e seminários) para o controle social no SUS, promovida por meio da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CEIPCSS) do Conselho Nacional da Saúde (CNS), financiada pela OPAS/OMS e executada pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Surgem, por exemplo, quando da comunicação da mesa, ao se mencionar e responder questionamentos sobre os encaminhamentos necessários para participar.

Nesse sentido, no CES de Pernambuco, o pleno avalia a 1ª edição das oficinas de formação para o controle social com parceria entre CNS, OPAS e CEAP e prepara-se para a 2ª edição:

> Relato 2ª edição da Oficina de Formação para o Controle Social no SUS com a parceria do Conselho Nacional de Saúde e a CEAP, o projeto que já foi realizado a sua 1ª edição nos anos 2017 e 2018, nesta 2ª edição foi utilizado critério populacional para distribuição das oficinas, ou seja, o Estado de Pernambuco serão realizadas 04 oficinas, com critérios de participação estabelecidos, tais como, cada uma das oficinas serão realizadas em três dias com um total de 30 participantes, destas 30 vagas, 20 vagas serão destinadas aos conselheiros(as) e 10 vagas para movimentos e organizações sociais e populares (Pernambuco, Ata 514 RE, 05/12/2019).

De forma semelhante, o registro constante em ata do CES do Amapá, em informe, manifesta que a Comissão Intersetorial de Educação Permanente realizará a segunda etapa de formação para 2020 e uma equipe do CNS irá a Macapá para tratar das estratégias gerais para essa nova etapa de formação:

> Conselheira [...] falou que a Comissão Intersetorial de Educação Permanente realizará a segunda etapa de formação para dois mil e vinte e que uma equipe do CNS virá à Macapá para tratar das estratégias gerais para esta nova etapa de formação (Amapá, Ata 33ª RO, 30/10/2019).

Diante disso, além das novas ferramentas de comunicação e informação nos CES trazidas no debate acima, também se considera que o fato dos CES precisarem adaptar-se à realidade do trabalho remoto, mobilizar os Conselhos Municipais de Saúde e superar as incertezas da pandemia, mesmo que muitos conselheiros sejam do grupo de risco, foram ações necessárias para garantir seu funcionamento. Percebe-se que há indicações de movimentos relativos a encontros híbridos, presencial e a distância para as reuniões do Pleno e para as comissões que já realizavam reuniões por videoconferências.

Desafios para a defesa do SUS e o controle social

A defesa do SUS é a principal agenda do controle social, principalmente em tempos de ameaças à democracia impostas, pelo avanço mercadológico na saúde, com privatizações dos serviços, e ameaças ao direito humano à saúde, agravadas pelo contexto pandêmico. Constatam-se, nas atas dos plenos, várias iniciativas na defesa do SUS, como sistema de acesso universal à saúde. Ainda, as atas dos plenos dos CES apontam a questão da saúde e do meio ambiente. Novas agendas incluem novos sujeitos políticos e ampliam a participação na saúde.

No CES do Ceará, o informe de uma conselheira representante da uma região enfatiza o vídeo em defesa do SUS e o engajamento dos conselheiros nas redes sociais, além de relatar a mobilização de reuniões virtuais do CMS com os conselhos locais de saúde e a retomada das plenárias estaduais de Conselhos de Saúde.

> A conselheira [...] falou com relação ao vídeo em defesa do SUS que já houveram tentativas de desfazê-lo na Comissão de Comunicação. Chamou atenção para o engajamento dos conselheiros nas redes sociais. Argumentou sobre a Plenária de Conselheiros, que repassou todas as informações da reunião aos demais conselheiros. Deu conhecimento que o Conselho Municipal de Caucaia está funcionando com reuniões virtuais com os conselhos locais e continuam na articulação do controle social (Ceará, Ata 3ª RO, 26/06/2020).

Outro desafio que se destaca é a discussão com respectivos encaminhamentos em relação às resoluções, recomendações e moções do Conselho Nacional de Saúde, vastamente utilizadas como mecanismo de debate, orientação e visibilidade do SUS no contexto da pandemia. Percebe-se que o contexto da pandemia amplia a importância de uma atuação articulada e descentralizada nas instâncias deliberativas do controle social.

A realização das Conferências Estaduais preparatórias à 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS) apareceu como estratégia potente de mobilização e debates sobre as políticas de saúde de inclusão e na defesa do SUS; o desafio está em garantir que suas diretrizes se transformem em políticas

e ações no planejamento e na gestão dos PES, PAS, bem como monitoradas e avaliadas pelo controle social via RAG. O processo das Conferências Municipais é pautado e acompanhado pelos Conselhos Estaduais, a exemplo do CES do Acre:

> A conferência não acabou, agora todos os conselheiros juntos com os Conselhos Municipais, as Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual de Saúde terão que fazer com que as propostas aprovadas na Conferência entrem em prática. Nos casos dos municípios, serão atualizados os Planos Municipais de Saúde. E, no caso do estado, serão incluídos no Plano Estadual" (Acre, Ata 7ª RO, 14/09/2019).

Nesse intento, as deliberações da 16ª CNS recolocam a importância do binômio democracia e saúde, demonstrando que uma não avança sem a outra, pois o modelo de sociedade pautado no desenvolvimento econômico neoliberal atua contra o sistema universal de saúde cotidianamente.

As reuniões dos plenos dos CES e as Conferências de saúde gerais são estratégias importantes para os representantes dos segmentos, entidades e movimentos sociais apresentarem propostas visando à qualificação e ampliação das ações do SUS, contemplando a intersetorialidade e a diversidade na saúde. Ainda, as atas dos plenos dos CES apontaram a questão da saúde e do meio ambiente (água, barragens, mineração, agrotóxicos, arboviroses, enchentes), realidade de grandes impactos sobre a vida das pessoas, agravadas em um contexto pandêmico.

Outro desafio colocado pelo contexto da pandemia na defesa do SUS diz respeito à criação de comitês de enfrentamento à pandemia. Visualiza-se que algumas atas mencionaram a participação de representantes dos Conselhos de Saúde dentro dos correspondentes Comitês de Enfrentamento à covid-19. No CES do Tocantins, por exemplo, observaram-se informes da mesa diretora, em que se manifesta a presidência, registrando que o "Decreto nº 6.064 criou o comitê de combate ao covid-19 onde houve o convite para participar destas reuniões, fora solicitada uma vaga para que o CES participasse, o nome indicado para tal, foi o de RRM [...]" (Tocantins, Ata 71ª RE, 18/06/2020). Já no Conselho do Distrito Federal, registrou-se que, além de instituir-se essa

modalidade de Comitê Emergencial, houve a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE covid-19 DF), por meio da Portaria nº 127, de 27 de fevereiro de 2020.

As ações de financiamento e orçamento do SUS (EC 95/2016 e PEC 32/2020), terceirização dos serviços e mercantilização da saúde, no contexto da pandemia, também são consideradas como um desafio para a defesa do SUS e o controle social. Elas refletem o contexto dos CES e suas particularidades no estado e na região. Percebeu-se que em estados já precarizados por gestões privatistas, cujos recursos da saúde eram repassados à gestão pela iniciativa privada, os CES enfrentaram a crise na saúde pública e nos serviços precários prestados por OSS (falta de trabalhadores, insumos), agravados no contexto da pandemia, e tiveram menor incidência política no combate à pandemia. Já em estados cuja responsabilidade em relação aos serviços é do Estado, constata-se que há respostas mais rápidas em relação às demandas relativas à assistência e os CES tiveram maior incidência política no combate à pandemia e participação nos comitês do covid-19.

A fim de exemplificar, tem-se o Conselho do Distrito Federal o qual aponta os desafios para os plenos na relação público x privado e a relação com o ressarcimento dos planos privados para o SUS no contexto da pandemia: A pauta do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) covid-19 fala do Plano de Contingência e coloca que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve ter seu próprio documento. O tema da pandemia de covid-19, e a portaria que cria o COE/covid-19 também trazem para a pauta a questão da relação Público x Privado e o ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS sejam abordados pelo pleno (Distrito Federal, Ata 448ª RO, 10/03/2020).

A partir disso, encontra-se como desafio a organização dos serviços e, principalmente, a definição dos prestadores, pois percebe-se um crescimento da terceirização dos serviços via OSS, fundações. Em muitos casos, os gestores pactuam essa terceirização nas Comissões Intergestores Bipartites e instâncias interfederativas, não permitindo que os CES possam discutir com profundidade e deliberar com transparência pública sobre esses temas.

Considerações finais

Diante do que foi exposto, pode-se considerar que a pandemia de covid-19 trouxe inúmeros desafios para a atuação, funcionamento e organização dos CES. No que se refere a agenda interna, organizacional e política, exercício do controle social no contexto da pandemia e a defesa do SUS de um lado, e de outro explicitou a frágil infraestrutura dos CES que necessitou se reinventar e utilizar a criatividade, a partir das novas tecnologias, novas ferramentas e instrumentos na gestão do SUS e do CES. Assim como novos desafios para a defesa e o controle social do SUS, como vencer o medo da doença, a relação com os gestores e com as relações institucionais descentralizadas do CES e do Controle Social, relação com os conselheiros de saúde e sociedade, combatendo as *fake News* e ocupar espaços nos comitês de combate à doença.

Salvo as especificidades regionais - mesmo com dificuldades na infraestrutura, com pequenos intervalos entre as reuniões presenciais e virtuais dos plenos e comissões – a grande maioria dos CES funcionaram na pandemia, sem a participação da população. Alguns Conselhos conseguiram ampliar a participação via *YouTube* e outras redes sociais. As pautas ordinárias e as dinâmicas não alteraram antes e na pandemia, pois foram mantidas as reuniões e incluídas a temática da covid-19 e suas pautas, visto que os CES procuraram incidir nas pautas da Pandemia e nos Comitês de Enfrentamento.

Foram destacados alguns desafios como: conhecer os dados da Pandemia nos Municípios, Estado e do Brasil; pensar em medidas de distanciamento físico e em Planos de Contingência no Estado - Comitês da covid-19, decretos governamentais e "vencer o medo e os limites"; orientar e informar a sociedade e os trabalhadores em relação ao vírus, às *fake news*, ao uso de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento da covid-19; debater pareceres da Procuradoria Geral do Estado (PGE) sobre recomendação do CES em relação a abertura das Escolas no contexto da Pandemia; ativar as comissões do CES e as equipes executivas/grupos de trabalho; mobilizar os Conselhos Municipais de Saúde; acompanhar os Instrumentos de Planejamento e de

Gestão (visto que, na maioria dos CES, houve a prorrogação dos prazos, além do debate sobre inserir o tema da covid-19 nos instrumentos; e ainda, a regionalização da saúde presente em alguns conselhos.

Com a pandemia do covid-19, o acompanhamento aos CMS ganha evidência, e a pauta vai desde a organização dos CMS, questões de investimentos em suas infraestruturas, até sua autonomia e papel deliberativo na política de saúde. O controle social no âmbito do município e da região passa a ocupar as agendas das comissões permanentes.

Percebe-se que o tema e os debates em relação as contratualizações, fundações, OSS, Hospitais, regulação *versus* privatizações e precarização no SUS e Plano de Cargos e Carreiras (PCC); a publicização das Recomendações do CNS; a relação com o MP e outros órgãos de controle para a fiscalização, acesso e qualidade da atenção; às Políticas Públicas de saúde mental, dos trabalhadores, pessoas com deficiências, APS, idosos, assistência farmacêutica, população negra, população de rua, populações vulneráveis, seguem perpassando o debate nas plenárias desde o contexto pré-pandemia e permanecem no contexto da pandemia.

Destaca-se que a educação permanente em saúde funcionou como Estratégia de formação política, de resiliência no cuidado em saúde, permitindo que no contexto da pandemia algumas ações e atividades já propostas fossem desenvolvidas nos conselhos e que novas pudessem ser pensadas.

Assim, a defesa do SUS, a formação e a educação permanente ganham centralidade. Igualmente, novas metodologias de formato virtual, novas ferramentas das redes sociais para comunicação entre os/as conselheiros/as de saúde e com a sociedade. Mas, acima de tudo, as iniciativas locorregionais de informação, comunicação e formação necessárias para o exercício do controle social e a defesa da vida.

A pandemia da covid-19 deu visibilidade ao SUS, aos sujeitos sociais e aos Conselhos de Saúde como importantes espaços deliberativos na saúde e intersetoriais, mas destaca-se que, para defender, é necessário conhecer o SUS. O desafio em relação à educação permanente está na capacidade de o

controle social articular sua agenda política ao processo de formação dos/as conselheiros/as de saúde na defesa do SUS, envolvendo as entidades, as comissões e as instituições de ensino locorregionais na perspectiva da Educação Popular, com trocas de experiências entre os sujeitos coletivos.

Referências

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019-2020)**. 2022. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol1_documental-2022.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 645, de 30 de setembro de 2020**. Converte a Instrução Normativa em Resolução e estabelece os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS, através da realização remota de reuniões colegiadas, durante a pandemia provocada pelo Covid-19. 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020/1395-resolucao-n-645-de-30-de-setembro-de-2020#:~:text=Converte%20a%20Instru%C3%A7%C3%A3o%20Normativa%20em,pandemia%20provocada%20pelo%20Covid%2D19. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. **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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília/DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde.** Documento Orientador de apoio aos debates. Brasília/ DF, 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/. Acesso em: 30 jan. 2023.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 450**, Reunião Ordinária, 14 de julho de 2020.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 448**, Reunião Ordinária, 10 de março de 2020.

CES Acre – Conselho Estadual de Saúde do Acre**. Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 7**, Reunião Ordinária, 14 de agosto de 2019.

CES Ceará – Conselho Estadual de Saúde do Ceará. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 6**, Reunião Virtual, 14 de setembro de 2020.

CES Ceará – Conselho Estadual de Saúde do Ceará. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 2**, Reunião Extraordinária, 14 de agosto de 2020.

CES Ceará – Conselho Estadual de Saúde do Ceará. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 3**, Reunião Ordinária, 26 de junho de 2020.

CES Espírito Santo - Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 81**, Reunião Extraordinária, 22 de julho de 2020.

CES Goiás - Conselho Estadual de Saúde de Goiás. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 3**, Reunião Ordinária, 03 de março de 2020.

CES Mato Grosso - Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde**, Reunião Extraordinária, 17 de março de 2020.

CES Pernambuco - Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 515**, Reunião Ordinária, 22 de fevereiro de 2020.

CES Pernambuco - Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 514**, Reunião Extraordinária, 05 de dezembro de 2019.

CES Rio de Janeiro - Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 136**, Reunião Extraordinária, 18 de fevereiro de 2020.

CES Santa Catarina - Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 245**, Reunião Ordinária, 3 de julho de 2019.

CES Tocantins - Conselho Estadual de Saúde de Tocantins. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 71**, Reunião Extraordinária, 18 de junho de 2020.

Cohn, A. Cidadania e formas de responsabilização do Poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Côrtes, S. M. V. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em debate**, n. 51, p. 30-37, 1996.

David, C.; Cruz, E. Participação e Controle Social: em Defesa do Direito Humano à Saúde e do SUS. In: Kujawa, H. A. (org.). **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS**. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Livro-Livro-Vozes-olhares-e-sentidos-da-participacao-social-no-SUS.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

Ferla, A. A. et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2):1-6. Disponível em: https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478. Acesso em: 20 fev. 2024.

Gohn, M. G. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 10, n. 18, abr. 2011.

Pataman, C. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

Pigatto, F. Z. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? In: Santos, A. O. de; Lopes, L. T. (orgs.) **Competências e regras.** Brasília, DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 341 p. Coleção Covid-19, v. 3.

Souza, H. "Poder do cidadão" – texto de Herbet de Souza (Betinho). Café com sociologia. Texto publicado no encarte da revista Democracia, 8 de junho de 2010. Disponível em: https://www.conversascombetinho.org.br/com_a_palavra/cidadania_fome.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

Valla, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1992, v. 8, n. 1, pp. 30-40. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100004. Acesso em: 20 fev. 2024.

Incidência política e ações dos Conselhos Estaduais de Saúde na defesa do SUS e do controle social

Clarete Teresinha Nespolo de David
Tatiane da Rosa Vasconcelos
Henrique Kujawa

Introdução

Este capítulo enfatiza a incidência política e algumas ações dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), como ferramenta estratégica na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Controle Social. Tem como objetivo identificar como se deu a agenda e atuação política dos CES durante a pandemia, no que se refere à atuação interna e externa, aos comitês emergenciais de covid-19, a relação com os movimentos sociais, com a gestão, com o Legislativo, com o Ministério Público (MP), ao "orçamento de guerra", entre outros. Ainda, com ênfase na incidência política dos CES e na visibilidade do SUS e sujeitos coletivos no controle social em saúde. O orçamento de guerra refere-se à Emenda Constitucional nº 106, de 2020, promulgada pelo Congresso Nacional. A emenda facilita os gastos do governo federal no combate à pandemia de coronavírus, pois separa os gastos com a pandemia do orçamento geral da União (Brasil, 2020a).

Em relação a literatura sobre o tema da pandemia da covid-19, contribuem para nossa sistematização Santos (2020) e Merhy (1997, 2002). Santos (2020), problematiza os impactos do Coronavírus em sociedades neoliberais, cuja maioria da população está em permanente emergência. De acordo com o autor, a pandemia evidenciou uma crise existente na sociedade. Ela trouxe à tona as questões de desigualdade social, pobreza, sanitárias e de saúde, entre tantas outras. Assim, o autor afirma que "a quarentena não só torna mais visíveis, como reforça a injustiça, a discriminação, a exclusão social e o sofrimento imerecido que elas provocam" (p. 21).

Santos (2020) afirma que os países que conseguem lidar melhor com a crise na saúde são aqueles com lógica diferente daquela neoliberalista, sistema de regulação vigente no Brasil, contudo, a fase crítica - economicamente falando - seria com o fim da pandemia, "a pós-crise será dominada por mais políticas de austeridade e maior degradação dos serviços públicos onde isso ainda for possível" (p. 25). Trata-se de mais desafios e adversidades para o sistema de saúde brasileiro e para os órgãos de controle social, cujo contexto pós-pandêmico deixa como marca para a sociedade a "democracia participativa ao nível dos bairros e das comunidades e na educação cívica orientada para a solidariedade e cooperação, e não para o empreendedorismo e competitividade a todo o custo" (p. 8).

Ao mesmo tempo em que deu visibilidade ao SUS e aos conselhos que atuam no controle social, a pandemia também trouxe adversidades para os mesmos devido à complexidade imposta. Usuários, profissionais e trabalhadores/as da saúde, e a sociedade como um todo, ficaram expostos aos riscos e aos perigos da covid-19. O direito humano à saúde defendido pelo SUS e a incidência política dos CES possibilitaram o exercício e as ações do controle social, contribuindo para a proteção das vidas das pessoas.

A incidência política que trata o texto refere-se à agenda e às deliberações dos CES no contexto da pandemia, bem como às ações e estratégias que puderam contribuir no exercício do controle social. Destacam-se as pautas das reuniões, resoluções, recomendações, moções e orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as políticas de atenção à saúde, entre outros, como estratégias fundamentais no enfrentamento à pandemia de covid-19 nos conselhos.

A agenda política dos conselhos é a materialização do controle social, podemos dizer que é o trabalho em ato, aquele que se refere ao trabalho feito em relação, no encontro com o outro (Merhy, 1997). É a partir das relações institucionais que o exercício da participação acontece, assim como suas atuações externas, orçamentos e comitês, fóruns etc., que se constituem diante de fragilidades e potencialidades dos conselhos e dos atores coletivos.

Outros fatores relacionados à temática do capítulo, quando se trata da incidência política, referem-se aos instrumentos de planejamento e gestão, às políticas públicas de atenção à saúde e aos documentos emitidos pelo CNS durante a pandemia. Tais pontos destacam-se pela importância de discussão e efetivação destes instrumentos nos CES, diante de um contexto desafiador para a saúde e o controle social.

Nesse sentido, as questões que se referem a atuação interna e externa dos conselhos, orçamento de guerra, comitês emergenciais de covid-19 e relações institucionais, são transversais ao trabalho em ato exercido pelos CES em defesa do SUS e do controle social em saúde. Sobretudo, quando o contexto pandêmico exigiu maior capilaridade e respostas de órgãos que estão diretamente ligados à saúde, como é o caso dos CES.

Mas, acima de tudo, a pandemia desafia os sujeitos coletivos na defesa e garantia de um serviço público, com acesso universal e de qualidade para cuidar da vida das pessoas. O desafio inclui a defesa da democracia com participação e o direito à saúde como direito humano, como condição de vida. Assim, a luta pela sociedade democrática é a garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) com Controle Social.

O presente texto tem por base os resultados da pesquisa "Covid-19 e controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias" realizada pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) com apoio do CNS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que teve, entre seu escopo, a análise das atas do CES de julho de 2019 a janeiro de 2021. Foram sistematizadas no período 390 atas das reuniões (ordinárias e extraordinárias) dos plenos dos CES.

Este capítulo está organizado em três partes. No próximo tópico discutiremos as relações políticas dos CES no contexto da covid-19. Em seguida, serão apresentadas a incidência política e ações dos conselhos estaduais de saúde e, por fim, a visibilidade do SUS e sujeitos coletivos no controle social em saúde.

Relações políticas dos CES no contexto da covid-19

As disputas e tensões que permearam o Governo Bolsonaro, na gestão da política de direitos no contexto macropolítico do Brasil, refletiram-se nas relações entre os sujeitos políticos que compõem o microespaço, neste caso o Pleno dos CES, principalmente a relação entre os usuários e trabalhadores/as, com os gestores e prestadores de serviços.

São diversas as formas que podem se dar as relações políticas nos conselhos e, de acordo com Merhy (2002), as tecnologias constroem novas práticas de trabalho e campos de análise, sobretudo considerando o contexto da pandemia. As tecnologias referem-se ao modo como se dá o cuidado através do trabalho vivo em ato e podem ser descritas como leves, leve-duras e duras. Estão pautadas pelas relações, pelos saberes estruturados e pelos equipamentos tecnológicos, respectivamente (Merhy, 2002). Nesse sentido, "os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde" (Franco; Merhy, 2012, p. 152). As relações políticas dos CES procuram articular as ações internas e externas do controle social em saúde, a partir do que as pautas indicam.

No decorrer do primeiro ano da pandemia 2020, embora tenha havido um ou dois meses de cancelamento ou suspensão das atividades, a grande maioria dos Conselhos de Saúde mantiveram o funcionamento de forma exclusivamente virtual ou híbrida. Assim, a partir da composição de suas pautas ordinárias (direta ou indiretamente relacionadas com a covid-19), os Conselhos buscaram incidir no enfrentamento da pandemia tanto mediante atuação de comissões especiais ou integração aos comitês de acompanhamento da pandemia, como por intermédio dos debates e das deliberações resultantes das reuniões dos plenos dos Conselhos.

No que se refere às relações políticas institucionais dos conselhos, constata-se que, além das ações políticas nas relações internas dos CES, também há destaque às relações com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS),

Ministério Público (MP), Procuradoria Geral do Estado (PGE), Ouvidoria e Assembleia Legislativa (AL).

As relações dos CES refletem a capilaridade e a potência na articulação das relações institucionais de entidades com vaga nos plenos em relação à agenda política do controle social nos estados e nos municípios. O contexto de pandemia da covid-19 intensificou as relações institucionais com outros órgãos de controle social (Ministério Público Estadual, Assembleias Legislativas, Ouvidorias, Defesa do Consumidor), além das entidades de movimentos que encontram nos CES espaço para explicitar suas demandas e mobilizações, como já citamos anteriormente: Movimento em Defesa da Vida dos Direitos Humanos no contexto da covid-19 e a Associação de Vítimas da covid-19, conforme descritas e exemplificadas no Relatório Geral da Pesquisa[46].

Salienta-se que alguns CES pautaram nos informes a questão da vacina contra a covid-19 Coronavac, uma parceria entre o Instituto Butantã e a Farmacêutica Sinovac Biotech, e em outros a imunização e cobertura vacinal. Exemplifica-se com o CES de São Paulo, que segue:

> Conselheiro [...], no sentido de redigir uma manifestação à Anvisa desaprovando sua ausência na reunião, e complementou a fala do Conselheiro [...] se referindo às "*fake news*" publicadas sobre uma suposta campanha de vacinação para menores de dezoito anos, gestantes e lactantes, relembrando aos Conselheiros que o Instituto Butantan já havia informado em reunião anterior que ainda não há estudos com estes públicos (São Paulo, Ata Extraordinária, 01/02/2021).

Já no CES de Minas Gerais, há registros formulando questionamentos ao Ministério Público sobre o uso da Cloroquina, mesmo após os estudos científicos comprovarem a sua ineficácia no tratamento do covid-19:

> [...], segmento usuário, pergunta como o MP vê o uso da cloroquina nos municípios mesmo tendo estudos comprovando sua ineficácia em relação à covid-19? [...], entidade CUT/MG, segmento usuário, pergunta se o MP tem orientação de *lockdown* para municípios

46 Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol1_documental-2022.pdf. Acesso em: 08 maio 2024.

> com ocupação de 100% dos leitos? O MP tem fiscalizado o uso dos recursos? Em relação à cloroquina, a diretriz do MP tem sido atuar como um órgão de controle e não cabe dizer qual é à medida que deve ser adotada especificamente pelo gestor. [...] o que eu posso passar aqui é a posição do MP de MG como órgão de orientação e coordenação dos trabalhos dos promotores (Minas Gerais, Ata 551ª RO, 13/07/2020).

É possível perceber que o Ministério Público está entre as principais articulações institucionais externas dos CES, porém, responde de maneira diversa em cada região. Ora o Ministério Público está sendo pautado pelo CES, ora está pautando os CES ou ainda a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Quando atuante e comprometido com a defesa da garantia do direito humano à saúde, o Ministério Público contribui para a construção de articulações institucionais e audiências públicas a fim de debater temas de interesse do SUS. Tal ação se dá com ampla participação de sujeitos interessados na temática, podendo reunir as assembleias legislativas, a população, as entidades e movimentos sociais que qualificam as ações dos Conselhos de Saúde.

Ainda, o CES do estado do Pará deliberou e emitiu a resolução prevendo que o assunto "situação atualizada da pandemia" fosse retomado, com a presença do Ministério Público Estadual (MPE) e da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, para o aprofundamento do debate que subsidiaria os encaminhamentos e a deliberação do plenário além de aprovar que a "Covid-19 seja pauta fixa nas reuniões ordinárias".

Assim, outra relação política dos CES refere-se à pauta covid-19. Exemplifica-se com ação do Distrito Federal em relação ao Centro de Operações de Emergências (COE)/covid-19. Esta ocupa-se do Plano de Contingência e coloca que a Atenção Primária à Saúde deve ter seu próprio documento orientador. O tema da Pandemia da covid-19, e a portaria que cria o COE/covid-19 também traz para a pauta a questão da relação público *versus* privado e o ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS sejam abordados pelo Pleno (Distrito Federal, Ata 448 RO, 2020).

Já no CES do estado de São Paulo, houve aprovação da Recomendação de implementação de rotina e notificação dos casos de covid-19 relacionados ao trabalho, proposta pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), em 2020:

> Moção de repúdio à decisão do Governo Federal que revogou a lista de doenças relacionadas ao trabalho. O conselheiro [...] explicou que houve uma revisão da Lista Doenças relacionadas ao Trabalho de mil novecentos e noventa e nove, adotada como referência para uso clínico e epidemiológico, aprovada pela Portaria GM/MS no 2.309 em dois mil e vinte já com a inclusão da doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (covid-19) (São Paulo, Ata 302ª RO, 26/10/2020).

E, ainda, ocorreu a socialização do protocolo da covid-19; pactuação da Secretaria Estadual de Saúde com a Comissão Intergestores Bipartite, a partir do decreto governamental para notificação de casos; moção de repúdio ao Ministério da Saúde; recursos do estado para adaptações referentes à pandemia e à postura de negação ideológica do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na politização da vacina e combate a fake news. O CNS também executou ações nessa esfera, como destaca Pigatto (2021, p. 126), "visando alertar todas as pessoas quanto à importância da prevenção e dos dados oficiais em meio a um cenário de *fake news* e negligências à crise sanitária".

A partir dos recortes exemplificando os debates da agenda política dos CES trazidos nas atas, pode-se perceber as tensões que a temática das relações políticas internas e externas dos conselhos provocaram nos Plenos no contexto da pandemia. Sobretudo, aquelas pautas e discussões que se referem à relação com o Ministério Público, a relação público *versus* privado, relação dos CES *versus* gestão estadual e federal, as *fake news* e diversos temas sobre a covid-19. Ainda, constata-se a importância das relações institucionais para fundamentar e possibilitar ações da rede descentralizada e sua incidência na agenda política do Controle Social na defesa do SUS.

Incidência Política e ações dos CES

Em relação à incidência política e ações dos CES, realizou-se um esforço de sistematização das principais pautas, agendas e estratégias no contexto da pandemia do covid-19. As ações elencadas e a atuação dos CES estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Incidência Política dos Conselhos Estaduais de Saúde de 2019 a 2021

Categoria		**Conselhos Estaduais de Saúde que atuaram**
Incidência Política e ações internas		SP, RJ, ES, MG, PE, AC, CE, RS, PR, AM, DF, MS, PA, PI, RO e RN
Formação de conselheiros/as estaduais		PR, SC, RS, AC, TO, BA, CE, PI e PE
Ênfase na importância das resoluções do Conselho Estadual de Saúde		SP, RJ, MG, ES, AC, CE, PI, PE, RS, PR, AP, TO, GO e DF
Recomposição e eleições dos CES		Todos os CES1
Emenda Constitucional 95/2016, financiamento, OSS, privatização e fundações públicas		RS, SC, SP, RJ, MG, DF, ES, BA, PE, CE
Instrumentos de Planejamento e Gestão		RS, PR, SP, RJ, MG, ES, GO, TO, AL, BA, PI, RN, CE, PE
Políticas de Atenção à Saúde	Saúde do trabalhador	SC, RS, SP, RJ, MG, ES, MT, MS, AP, AC, AL, BA, CE, PE, RN, e DF
	Atenção Básica à Saúde	PR, RS, RJ, MG, AL, CE, PI, PE, GO, MS e no DF
	Saúde Mental, da população negra, LGBTQIA+ e indígenas	AL, BA, CE, GO, MG, PB, PI, PE, RN e PR
	Pessoas com deficiência	RN, MT, BA, CE, AC e AM
	Saúde e Meio Ambiente	PR, SC, RS, SP, RJ, MG, ES, PE e MT
	Covid-19	PR, RS, RJ, MT, MS, AL, BA, CE, MA, PB, PI, PE, RN, SP, MG, ES, AC, AP, AM, PA, TO e DF
	Plano de vacinação contra a covid-19	RS, SP, RJ, MG, BA, PI e DF

Defesa do SUS e ações setoriais	RS, SC, PR, SP, RJ, MG, ES
Políticas Institucionais com os Conselhos Municipais de Saúde, Ministério Público, Procuradoria Geral do Estado, ouvidoria, Assembleia Legislativa	SP, RJ, ES, MG, AC, RS, PR, AM, DF, MS, PA, PI, PB, CE. PE e RN
Conferências de Saúde	RS, SC, PR, SP, RJ, MG, ES, AC, TO, BA, CE, PI, PE
Formas de informação e comunicação	Todos os CES

Fonte: dados sistematizados pela Pesquisa Formação para o Controle Social (2019-2021), a partir das leis de criação, regimentos internos e atas dos plenos dos CES - Destaca-se que, do total de 27 Conselhos, 2 não enviaram nenhum documento para a participação na pesquisa: de Sergipe (SE) e de Roraima (RR) – dados do CES de Roraima que constam no relatório são oriundos de acesso público; e o CES de Rondônia (RO) enviou apenas a lei de criação e o regimento interno.

A partir da seleção das categorias descritas acima para a composição do presente texto que se refere a incidência e as ações de controle social dos CES, no contexto da pandemia, foram inseridas as siglas dos estados que debateram sobre os respectivos temas, segundo dados das atas sistematizadas. Em seguida, a explicitação textual foi sistematizada via categorias temáticas.

Além da incidência política e ações internas (pleno, comissões, Grupos de trabalho, comitês, gestão estadual, Conselhos e/ou referências de apoio regionais dos CES), há relações externas com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Ministério Público (MP), Procuradoria Geral do Estado (PGE), Ouvidoria e Assembleia Legislativa (AL). Destaca-se ainda as ações que são pautas fixas nos plenos e algumas que, devido sua abrangência, tornam-se incidências políticas.

Em relação às ações, há destaque para a formação de conselheiros/as estaduais e municipais, que foi pauta de discussão nos CES, principalmente das comissões de educação permanente ou similares e das mesas diretoras. Há destaque à formação para conselheiros/as municipais e estaduais de saúde, para os/as novos/as conselheiros/as de saúde eleitos, para a educação da população e trabalhadores em relação à covid-19. Há, também, parcerias com a Fiocruz,

escolas de saúde pública e instituições de ensino superior para a capacitação de conselheiros de saúde. Ainda, há indicação da proposta do CNS, Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) de oficinas que foram desmarcadas e discussão sobre o novo calendário virtual.

Há ênfase na importância das resoluções do CNS, com ações do pleno para publicizar as Resoluções do CNS. A respeito disso e diante de vários temas relacionados ao enfrentamento da pandemia, foram emitidos pelo CNS e contabilizados até outubro de 2020, os seguintes documentos: 22 notas públicas, 55 recomendações, 4 moções, diversas campanhas de orientação aos trabalhadores e a sociedade, orientações, cartas, boletins da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)[47]. Essas deliberações do CNS podem ter impulsionado a agenda política dos estados na ampliação do número de resoluções estaduais emitidas na maioria dos CES no contexto da covid-19.

No que se refere às ações de recomposição e eleições dos CES, que se referem a prorrogação de mandatos dos plenos, ao processo eleitoral com recomposição das mesas, comissões e/ou câmaras técnicas, todos os CESs incidiram sobre o tema[6]. De acordo com a legislação estabelecida pelos regimentos internos de cada conselho e pelo contexto pandêmico, os CES optaram por realizar essas ações para evitar a descontinuidade no exercício do controle social, embora o cenário, as condições políticas e o distanciamento físico estivessem limitando e impondo desafios em todos os âmbitos da sociedade.

Em relação a temática da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016), financiamento, Organizações Sociais de Saúde (OSS) e, privatização e fundações públicas, identificou-se a incidência de alguns CES em relação a isso. O CES de São Paulo (SP), elaborou uma Moção de Apoio à Carta Aberta do CNS, pela revogação da EC 95/2016, com aprovação da autorização de reunião ampliada da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) e participação do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. Além

47 Dados disponíveis em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020. Acesso em: 08 maio 2024.

disso, no CES SP, há debate com relação à fundação pública de direito privado que faz a gestão dos recursos e serviços do SUS e a qualidade da atenção com a precarização do trabalho. No CES do Rio de Janeiro (RJ), identifica-se a pauta da precarização do trabalho na saúde pelas terceirizadas.). Já no CS do Distrito Federal (DF) também se vê o debate para o subfinanciamento do SUS:

> [...] a Presidenta do Conselho de Saúde do DF, relembrou a todos e todas a importância de assinar a petição pública do Conselho Nacional de Saúde para que se tente realizar uma grande mobilização nacional de reverter a proposta orçamentária do Governo Federal para a saúde que prevê a diminuição de trinta e cinco bilhões de reais na execução da saúde no ano de 2021 (Distrito Federal, Ata 453ª RO, 08/09/2020).

A temática reflete o contexto dos CES e suas particularidades quanto ao estado e região. É uma discussão fundamental nos conselhos que implica na forma de gestão e no sistema de saúde, na sociedade e na vida das pessoas. Enquanto dispositivos de exercício do controle social, os CES possuem grande incidência e poder para defender um financiamento adequado para o SUS, posicionando-se no cumprimento do que trata a EC 95, em relação ao financiamento, às contratações dos serviços e às responsabilidades do controle social na fiscalização da aplicação dos recursos públicos.

Em relação à temática instrumentos de planejamento e gestão, exemplifica-se o CES do Rio Grande do Sul (RS), em que houve a não aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019 por não incluir os 12% do orçamento do Estado em saúde. Nos CES de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES), Alagoas (AL), Bahia (BA) e Piauí (PI) há a aprovação com ressalvas dos instrumentos de gestão, sendo o RAG o documento referente aos dois primeiros estados e em Alagoas, o Programação Anual de Saúde (PAS) no Espírito Santo e Piauí e o Plano Plurianual (PPA) e RAG na Bahia. Ainda, o CES RJ aprovou relatórios em atraso, neste caso o documento do Tribunal de contas fundamentou a deliberação dos conselheiros. Já nos CES Goiás (GO), Tocantins (TO), Piauí (PI) e Rio Grande do Norte (RN) destaca-

se a não aprovação dos instrumentos de gestão sendo o RAG o documento que se refere aos estados citados.

Vale destacar que os Conselhos de Saúde têm como finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, a partir dos instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS que são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

Estes instrumentos se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Tendo base legal entre as legislações que conduzem o processo de planejamento no SUS podemos destacar: a Lei n° 8.142/90. no art. 4º estabelece entre outras condições para o recebimento dos recursos do SUS, a condicionante de que os Estados devem elaborar/contar, por exemplo, como plano de saúde e o relatório de gestão. E, também, a Lei Complementar n° 141/12, que trata nos artigos 30, 31 e 36 do processo de planejamento, do papel dos Conselhos de Saúde nesse processo e das audiências públicas para apresentação do Relatório Detalhado do Quadrimestre e do Relatório de Gestão.

Embora dados apontem que os RAGs apresentem atrasos em suas deliberações na maioria dos CES, os motivos são variados, vão desde a entrega do relatório com atrasos pelas gestões estaduais aos CES, a falta de documentos que comprovem as contratações de serviços de terceiros, assim como a falta de infraestrutura das sedes para reunião das comissões, falta de quórum nos plenos, até a não aprovação pelos plenos, por esses não conter o investimento dos mínimos constitucionais, 12% do orçamento previsto pela EC 141/2012 do estado para gastos com Saúde. Constata-se que a grande maioria dos CES utiliza do recurso de aprovar com ressalvas ou não aprova os relatórios de gestão, argumentado o descumprimento da legislação do SUS em relação aos gastos mínimos com saúde, previstos para o estado.

Destacam-se as políticas de atenção à saúde no contexto da pandemia, que são abordadas nas atas dos Conselhos. Os registros das políticas se dão a partir de questões de saúde relacionados às consequências no contexto

da pandemia e à necessidade do SUS de manter a atenção e os serviços relacionados aos problemas de saúde em geral. Com objetivos didáticos, agrupamos essas manifestações em quatro blocos: a) profissionais da saúde/ saúde do trabalhador – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); b) saúde mental/ população negra/ LGBTQIA+/ indígenas; c) atenção básica e primária em saúde; d) saúde e meio ambiente.

A temática saúde do/a trabalhador/a é capitaneada, principalmente, por representantes das forças sindicais do campo e da cidade, do segmento usuários e por alguns sindicatos ou conselhos de trabalhadores/as e estudiosos ou servidores das SES. No contexto da pandemia de covid-19, a temática articula-se junto às comissões e CNS, mediante pautas de adoecimento e morte dos trabalhadores da saúde e da multiplicação das oficinas do CNS, como por exemplo, a de formação do projeto Multiplicadores do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do SUS. Destaca-se que no CES de SP houve denúncia de violência contra os/as trabalhadores/as. No CES do RJ uma nota em Defesa da Vida dos Trabalhadores e de solidariedade com a falta de pagamento pelas terceirizadas foi emitida e discutida em plenária. No CES AC, a CISTT em nota de repúdio tratou, especificamente, sobre a violência contra os profissionais da saúde. No CES PA, destaca-se uma Moção de Agradecimento e Reconhecimento aos Profissionais Cubanos que atuaram no enfrentamento e combate a covid-19.

Diante dos temas/pautas dos CES e das políticas de atenção à saúde que foram destacados por regiões, o atual presidente do CNS, Fernando Pigatto (2021), ressalta que o fortalecimento da atenção básica desde o começo da pandemia faz parte das ações do CNS, "por seu papel estratégico no enfrentamento da crise sanitária, mas as ações de combate à covid-19 priorizaram serviços hospitalares, número de leitos gerais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI)" (p. 130).

No que se refere à Política de Atenção Básica à Saúde, nota-se que é agenda permanente na gestão e no controle social do SUS. Demarcada principalmente pelas disputas entre os projetos de defesa do sistema de acesso

universal e cobertura universal na saúde, ela tem importância fundamental na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, como uma das portas de entrada na rede de atenção. Todavia, sofreu ataques constantes das gestões privatistas e foi tema de ampla discussão nos plenos dos CES e do CNS no contexto da pandemia.

Em relação às políticas de saúde mental, a população negra, LGBTQIA+ e indígenas foram temas de debate nos CES. Assim como a rede de atenção à saúde vem sofrendo retrocessos na atenção e no seu financiamento, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também sofre com as orientações da atual gestão do Ministério da Saúde, com desmontes estruturais e insuficientes recursos. O CNS tem recomendação sobre o tema e sofre com essa invisibilidade dada a participação social. Como uma importante estratégia de participação, o CNS aprovou na quinta-feira 5 de agosto de 2021 o regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental[48] (CNSM), datada para 17 a 20 de maio de 2022. O tema da conferência é "A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS". Assim, a realização da CNSM, que estava mobilizando familiares de usuários, entidades e movimentos sociais no debate da política de saúde, conta com o apoio dos espaços instituídos do controle social, os Conselhos de Saúde.

O tema das pessoas com deficiência esteve presente em alguns CES, como Rio Grande do Norte, Mato Grosso, Bahia, Ceará, Acre e Amazonas. Identifica-se o registro em ata do CES do Rio Grande do Norte de que foi discutida uma tabela de preços para aquisição de órtese e prótese e meios de locomoção (cadeiras de rodas) para pessoas com deficiência, a partir de um termo de parceria. No Ceará, ocorreu uma audiência pública na qual foi discutido o tratamento da pessoa com deficiência, assim como um debate na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre a proposta de regionalização. No Acre, houve no mês de setembro a semana da luta das pessoas com deficiência,

48 Para conhecer mais, acesse o site do CNS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1957-cns-aprova-regimento-da-5-conferencia-nacional-de-saude-mental-que-foi-realizada-de--17-a-20-de-maio-de-2022. Acesso em: 20 fev. 2023.

aberta ao público. E no Amazonas, a Recomendação nº 001 de 25/08/2020, que aponta para a construção de um instrumento legal que visa garantir prioridade aos serviços de marcação de consultas e exames para as Pessoas com Deficiência (PCD) junto ao Complexo Regulador do Amazonas. Ainda em relação ao tema, foi evidenciado pelo CNS que "recomendou ações que visam à garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares", pelo fato de que essa população é considerada de risco diante da covid-19 (Pigatto, 2021, p. 132).

Além disso, a saúde da mulher pautada pelos plenos esteve na agenda e ações do CNS por consequência do desmonte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, que avaliou os impactos de desmonte. No CES do Amazonas, foi objeto de pauta a recomendação do CNS aos Conselhos de Saúde para que criassem, em suas respectivas estruturas organizacionais, as Comissões Intersetoriais de Saúde das Mulheres (Cismu) (Recomendação CNS 005/2020). Na plenária, com a participação *on-line* da conselheira nacional de saúde, informou-se que a solicitação foi atendida pelo CES do estado, mas haveria necessidade de cumprir o regramento estabelecendo que para a efetivação da Cismu, era necessário apresentar um plano de trabalho e um organograma de funcionamento, sendo aprovada pela maioria da plenária a proposta de que, no prazo de 10 dias, a Comissão, já constituída, apresentasse algum material à mesa diretora e posteriormente à plenária (Amazonas, Ata 332ª RO 265a, 27/10/2020).

Em relação a saúde e meio ambiente observa-se que, apesar de alguns informes e ações de comissões dos CES, ainda há pouco impacto no conjunto das ações do pleno e nos Planos Estaduais de Saúde (PES). Destacam-se os desastres ambientais, meio ambiente, agrotóxicos, água e barragens, que foram temas pautados em atas dos CES. Exemplifica-se via discussão e apresentação do Plano de Ação na Área da Saúde em decorrência do Desastre Ambiental de Mariana. Após o debate entre os conselheiros e convidados, o colegiado entendeu que o assunto deveria continuar sendo acompanhado pelo CES, por meio do Comitê Intersetorial de Vigilância em Saúde, Meio Ambiente e Farmacoepidemiologia

(Espírito Santo, Ata 79 RE, 30/01/2020). A temática sobre meio ambiente, agrotóxicos, água e barragens, foi pautada no CES de SC, trazendo a discussão da qualidade da água. Já o CES RS, discutiu o uso de agrotóxicos, questões do meio ambiente e mega mineração. Os CES SP, RJ, MG e ES também debateram no pleno as questões referentes à contaminação da água e relacionadas às barragens.

Já a temática da pandemia de covid-19 e os planos de vacinação encontram-se presentes na grande maioria dos CES. Exemplifica-se debates que vão desde as medidas de isolamento, plano de contingência e COE/covid-19 e ainda repúdio ao governo federal. Destaca-se no CES do AC e SP o apoio aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) no contexto da pandemia[49].

Já em relação às Políticas Institucionais com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Ministério Público (MP), Procuradoria Geral do Estado (PGE), ouvidoria, Assembleia Legislativa (AL) enquanto incidência política dos CES. Além disso, identificou-se que no CES CE, ocorreu audiência pública para debater a proposta da SES de Fundação Pública de Direito Privado e posteriormente o Concurso da Fundação Regional de Saúde. No CES PE, a Comissão de Análise e Orçamento realizou em plenária um comunicado de que já haviam sido realizadas 14 reuniões da Comissão de Orçamento com os membros da Secretaria Estadual de Saúde. Ainda, sobre a temática das Conferências de Saúde destacam-se os CES. Exemplifica-se que os CES de SC e PR, pautaram sobre a Conferência Estadual de Saúde. Já os CES RS, RJ, MG, ES, AC, TO, BA, CE, PI e PE, pautaram sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde, desde o processo de preparação, participação até o monitoramento das deliberações nos Planos Estaduais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, via descentralização das ações nas regiões junto aos Conselhos ou apoiadores Regionais. Salienta-se que o CES CE realizou debate sobre a realização da 9ª Conferência Estadual Extraordinária e Virtual, antecedida de Conferências descentralizadas nas regiões no contexto da pandemia.

Em relação às novas formas de informação e comunicação interna e externa via ferramentas virtuais e combate às *fake news*, considera-se uma

49 Este tema será tratado em capítulo específico.

temática que transversaliza as ações do Controle Social, exigindo rapidez na forma de relacionamento nas ações internas e externas, essa discussão e adaptação atinge a totalidade dos CES. Superar as incertezas da pandemia, mesmo que muitos conselheiros/as sejam do grupo de risco, foram ações necessárias para garantir seu funcionamento. Além da inclusão de novas ferramentas de comunicação e informação nos CES, temática abordada no capítulo anterior, que refere o fato dos CES adaptarem-se à realidade do trabalho remoto, metodologia que também foi amplamente utilizada no processo de Educação Permanente de conselheiros/as e lideranças dos movimentos sociais. Assim, pode-se afirmar que os CES tiveram incidência política na reestruturação das novas formas de informação e comunicação via plataformas online.

Em relação às temáticas debatidas nos CES, observa-se que as políticas públicas de saúde são agendas nacionais do controle social do SUS, com expressões do processo saúde-doença característico de cada região. Mas, a defesa das agendas transversais e específicas do território, em relação à saúde, faz parte da ação das entidades com representação nos CES e de suas articulações internas e externas; ainda, de sua capacidade de mobilização social e articulações.

Já a incidência política dos CES é a capacidade de mobilizar capital social e político, isto é, a capacidade de organização e articulação capilarizada e descentralizada no intuito de alçar poder de deliberação na política de saúde. Constata-se também que as resoluções, recomendações e moções do CNS ativaram a rede nacional do Controle Social, constatadas pelo maior número de resoluções emitidas pelos CES dos estados e do Distrito Federal.

Assim, pode-se afirmar que as temáticas da covid-19 e a organização das conferências, principalmente a 16ª Conferência Nacional de Saúde - Democracia e Saúde, assim como as relações com outras instâncias de Controle Social (via relações políticas institucionais com MP, Ouvidorias, AL, CMS e CNS), fortaleceram a incidência política dos CES na defesa da saúde como direito e deram visibilidade ao SUS e ao Controle Social no contexto da

pandemia. Além da articulação entre o CNS e os conselhos, destaca-se que os instrumentos de planejamento e gestão podem ser considerados ferramentas importantes para a visibilidade do SUS e para o exercício do controle social em saúde nos CES. Percebe-se também que as novas ferramentas de informação e comunicação possibilitaram, em tempos de distanciamento físico, a continuidade do exercício do Controle Social no SUS.

Visibilidade do SUS e sujeitos coletivos no controle social em saúde

A visibilidade do SUS e sujeitos coletivos no controle social em saúde é histórica e fruto de movimentos e lutas sociais. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a participação popular brasileira inseriu-se no âmbito das políticas públicas e ocupou espaços públicos na sociedade. Em 1988, conquista-se o capítulo da saúde na Constituição Federal e em seguida as Leis Orgânicas de criação do SUS (8.080 e 8.142, ambas de 1990), que regulamentam as ações e serviços de saúde, em todo o território nacional, com a institucionalização dos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão.

A participação da comunidade passa a ser considerada um dos princípios do SUS e, como afirma Pigatto (2021, p. 124) "é impossível dissociar a saúde pública brasileira da noção de democracia, cidadania e das lutas políticas e sociais que se travaram ao longo do tempo". Ao encontro disso, em pesquisa realizada sobre os impactos da covid-19, que é subprojeto da pesquisa "Saúde e Democracia" vinculadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, identifica-se que ambas partem do pressuposto que a participação é política e estratégica na prática dos sujeitos coletivos nos espaços públicos para a garantia de direitos humanos e democracia.

Os documentos sistematizados, que se referem às atas dos CES no período de julho de 2019 a fevereiro de 2021, já referidos acima, apontam ações estratégicas dos Conselhos de Saúde que demandaram intensos debates e articulações internas e externas aos CES. Esses debates foram pautados fortemente por disputas de interesses individuais e coletivas, com forte interesse da representação do mercado na saúde. Exemplifica-se o CES do estado do

MS, via recomendação direcionada aos Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, para que inclua, urgentemente, em suas agendas de reuniões, o tema "Sistema Universal de Saúde e a ameaça da cobertura universal", e que o Conselho se posicione enquanto controle social. Ao encontro disso, em estudo realizado por Vasconcelos e Ferla (2021, p. 60), a partir das orientações e recomendações do Conselhos Nacional de Saúde no enfrentamento à covid-19, agrupadas em três categorias de análise: proteção aos trabalhadores, vacinação e cuidados e proteção da população, evidenciou-se que "(...) o colegiado nacional de controle social se manteve atento e resistente às iniciativas do governo federal e parte da sociedade brasileira".

Destaca-se que tais orientações

> tiveram um diálogo intenso com o cotidiano dos componentes descentralizadores do SUS, em que se verificaram respostas mais adequadas em termos técnicos e de respeito às disposições legais do sistema de saúde brasileiro e à saúde como direito humano universal (Vasconcelos; Ferla, 2021, p. 60).

As agendas políticas do controle social articuladas pelo CNS em parceria com os CES, bem como o apoio e subsídios institucionais, foram fundamentais para a ação dos CES diante do contexto da pandemia. Tem-se como o exemplo o CES de SP, no qual o CNS, esteve presente na plenária, destacando na reunião a importância do controle social brasileiro e ações referentes a covid-19, conforme segue:

> CNS destaca no Pleno do CES/SP importância do Controle Social Brasileiro. Campanha de prevenção e combate e a criação do Comitê do CNS para acompanhamento da covid-19 e da Frente pela Vida; bem como a publicação de cinquenta e três edições do Boletim Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Detalhou, ainda, as recomendações sessenta e sete e setenta e três do CNS que pedem a incorporação de vacinas comprovada cientificamente. [...] registra protesto face a mesa não ter elencado a Moção de apoio ao CNS pela revogação da EC 95; sensibilidade da classe política, do Governo Estadual e Federal para não flexibilizar a quarentena

> a ponto de abrir as escolas, dado o número elevado de vítimas que ainda estão ocorrendo nesta pandemia (São Paulo, Ata 305ª RO, 11/01/2021).

As ações estratégicas dos sujeitos coletivos com representação nos Conselhos de Saúde, como espaços de resistência e de articulação na defesa do direito humano à saúde deram visibilidade ao SUS no contexto da pandemia do covid-19. Dentre as principais agendas destaca-se:

1. A realização de conferências virtuais e extraordinárias descentralizadas para debater ações no enfrentamento à pandemia;
2. As iniciativas de realização de *lives* temáticas para informação aos conselheiros/as de saúde, aos trabalhadores/as e à sociedade sobre cuidados preventivos ao contágio como importantes e necessários para defender a vida da população, retorno à escola dentre outras temáticas. Assim como, o combate às *fake news*, que conforme destaca Santos (2020), as democracias estão cada vez mais vulneráveis a isto;
3. A criação de grupos de trabalho para acompanhar e participar dos comitês no enfrentamento à pandemia nos estados e nos municípios;
4. As plenárias de Conselhos de Saúde descentralizadas nos espaços de gestão da saúde;
5. Os Conselhos conseguiram ampliar a participação da população nas reuniões do pleno do CES no contexto da pandemia, via *YouTube* e outras redes sociais, como o CES do Rio Grande do Sul, ou jornais do CES de Pernambuco;
6. O número de deliberações dos CES a partir da agenda Nacional do Controle Social - via resoluções, moções e recomendações em relação às temáticas do SUS, da pandemia e sua intersetorialidade e relações, incluindo ações em relação a falta de água e/ou sua privatização, enchentes, mineradoras e barragens que colocam em risco a vida das pessoas;

7. O apoio à iniciativa de entidades como a Frente em Defesa da Vida, que realizou a marcha nacional virtual, e a Associação Nacional das Vítimas da covid-19, dentre outras, demonstra a forte incidência política dos segmentos representados nos espaços instituídos do controle social do SUS, sua capilaridade e representatividade.

Nesse sentido, considerando a presença do CNS na rede descentralizada do Controle Social, o conselho intensificou sua incidência no contexto da pandemia: atuou em parceria com entidades acadêmicas e sociais, contribuiu na construção do Plano Nacional de Enfrentamento à covid-19, além de ter instalado o Comitê do CNS para Acompanhamento da covid-19, realizando, por meio virtual, encontros periódicos com representantes dos CES, coordenações das comissões intersetoriais e as próprias reuniões extraordinárias do pleno.

Segundo David (2014), é interessante observar que nesse movimento de ruptura e de resistência não há um processo de construção de um movimento, mas diferentes mobilizações e em diferentes contextos que produzem diferentes e novos movimentos. Nesses encontros, novas demandas, novos desenhos, novas agendas, novos atores e novos movimentos aparecem nas lutas específicas e nas lutas coletivas. Gohn (2008, p. 10) destaca que para entender "o protagonismo de algo se deve ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo".

As ações do Conselho Nacional de Saúde articuladas em rede com os CES, com base na ~~via~~ agenda para a defesa do SUS com cobertura assistencial e universal a toda a sociedade. Assim, como as agendas políticas estratégicas consolidadas em resoluções, orientações e recomendações e sobretudo, informa e comunica a sociedade seu posicionamento. Pigatto (2021, p. 124) salienta que "é impossível construir um país mais justo e democrático, com um sistema de proteção social público e universal, sem a participação social como elemento prioritário da gestão pública".

Também, destaca-se que o apoio na construção de planos e comitês para o enfrentamento da covid-19, com entidades e organizações da sociedade

civil e demais articulações internas e externas da e na rede descentralizada de Controle Social, garantiu a defesa da saúde como direito humano e a visibilidade do SUS. Cortes (1996), Ferla e Vasconcelos (2021), e Pigatto (2021) enfatizam que a participação e a descentralização do SUS, em alguns casos, favorecem o crescente envolvimento popular no processo político no setor.

Considerações finais

No presente artigo, que tratou da incidência política e das ações dos CES como ferramenta na visibilidade da defesa do SUS com Controle Social, foi possível identificar como se deu a agenda e atuação política dos conselhos durante a pandemia, bem como suas deliberações, ações e estratégias, que puderam contribuir para a visibilidade do SUS e dos sujeitos políticos do controle social, amplamente explicitada neste capítulo.

Em relação às ações da agenda fixa dos CES, constatou-se que no período de vigência da emergência em saúde pública e do estado de calamidade pública decorrente da covid-19, os Conselhos de Saúde de diversas formas conseguiram incidir politicamente sobre os assuntos, as ações e as políticas relacionadas, direta ou indiretamente, ao enfrentamento da pandemia. Tanto no que se refere às questões nas suas plenárias ou demais esferas públicas, quanto integrando os espaços externos (comitês), apoiando comitês populares contra o avanço da covid-19, reivindicando e fazendo valer sua legitimidade para cumprir com suas atribuições do controle social diante desse período pandêmico. Ainda, a pandemia expõe a fragilidade da infraestrutura dos CES e seu desfinanciamento, cuja estrutura e organização tiveram que ser reinventadas diante das dificuldades de acesso a equipamentos tecnológicos e plataformas *online*.

Em relação às ações estratégicas, constata-se que as relações políticas institucionais dos conselhos e as articulações com entidades dos diversos segmentos do pleno e com suas instâncias descentralizadas, com movimentos sociais, possibilitaram aos CES uma maior ou menor incidência política. Há indicativos nas atas que, no contexto da pandemia, houve maior visibilidade

ao SUS e da agenda política do Controle Social na defesa do SUS. Apontam, também, o avanço do mercado na saúde, via contratos de prestação de serviços com OSS e fundações, temática recorrente e com divergências entre os segmentos no pleno dos CES e nas Conferências de Saúde.

A articulação e mobilização institucional com os CES nos estados e com os CMS nos municípios, corrobora na valorização dos serviços e dos/as trabalhadores/as da saúde, na defesa da vida e do meio ambiente, na defesa do orçamento e financiamento que deem conta da diversidade e amplitude da atenção em saúde, de distanciamento físico – o que envolve também o retorno à escola e o trabalho em *home office*, auxílio emergencial e nutricional, bolsa família, combate às fake *news,* dentre outras. Assim, ampliou-se a relação com os Conselhos Municipais de Saúde e com o Ministérios Público e outros órgãos de defesa dos direitos humanos à saúde. Além disso, destaca-se enquanto estratégia potente o processo de Educação Permanente para o Controle Social, que possibilitou aprender e fazer a defesa do SUS e do Controle Social em tempo real, a partir de novas ferramentas tecnológicas de comunicação em plataformas digitais.

Além das ações estratégicas dos sujeitos políticos no âmbito dos CES, destaca-se que o Conselho Nacional de Saúde trouxe grandes contribuições para a visibilidade do SUS com Controle Social, em âmbito nacional. As articulações com entidades do Pleno, com o Fórum pela Vida, com a Associação das Vítimas da Covid-19, Comissão de Direitos Humanos e com a rede de controle social descentralizada dos Conselhos de Saúde, permitiram a construção da agenda estratégica do Controle Social do SUS e a continuidade do seu exercício para a saúde.

As orientações e recomendações elaboradas pelo CNS referentes a proteção dos/as trabalhadores/as da saúde, a vacinação e aos cuidados e proteção da população, foram dispositivos que auxiliaram na efetivação do controle social. Juntamente com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, que operacionalizam todo o sistema de saúde, a partir da formulação e execução da política de saúde brasileira, cujas diretrizes são apontadas

nas deliberações das Conferências de Saúde gerais e específicas de saúde, os documentos do CNS foram estratégias potencializadoras e de visibilidade na agenda do controle social em defesa do SUS público e do direito humano à saúde de qualidade para a população.

Apesar da gestão nacional no contexto da pandemia ter restrições à participação e ao controle social, a Rede Nacional de Controle Social do CNS, descentralizada via os Conselhos Estaduais de Saúde e suas relações institucionais colocam a defesa do SUS entre as ações estratégicas do controle social, materializada, principalmente pelas agendas e resoluções apresentadas para deliberações das plenárias, assim como nas discussões dos processos de realização das conferências de saúde. Contudo, permanece o desafio de ampliar e consolidar, assim como articular entidades e movimentos nacionais e estaduais que têm base capilarizada e representações em diversos municípios, à rede que executa o controle social em saúde, a partir de pautas e estratégias de defesa do SUS com acesso universal e da saúde como direito humano, incluindo novos sujeitos e a diversidade sociais.

Referências

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019-2020)**. 2022. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol1_documental-2022.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. **Emenda Constitucional Nº 106, de 7 de maio de 2020.** Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc106.htm. Acesso em: 10 fev. 2021.

Brasil. **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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília/DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

Brasil. Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/

pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde**. Resoluções do CNS**. 2020b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020. Acesso em: 30 jan. 2023.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 448**, Reunião Ordinária, 10 de março de 2020.

CS Distrito Federal - Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Ata do pleno do Conselho de Saúde nº 453**, Reunião Ordinária, 08 de setembro de 2020.

CES Amazonas – Conselho Estadual de Saúde de Amazonas. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 332**, Reunião Ordinária 265a, 27 de outubro de 2020.

CES Espírito Santo – Conselho Estadual de Saúde de Espírito Santo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 79**, Reunião Extraordinária, 30 de janeiro de 2020.

CES Minas Gerais – Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 551**, Reunião Ordinária, 13 de julho de 2020.

CES São Paulo – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde**, Reunião Extraordinária, 01 de fevereiro de 2021.

CES São Paulo – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 305**, Reunião Ordinária, 11 de janeiro de 2021.

CES São Paulo – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Ata do pleno do Conselho Estadual de Saúde nº 302**, Reunião Ordinária, 26 de outubro de 2020.

David, C. **A participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reforma na saúde no Rio Grande do Sul.** 2014. 241 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/581. Acesso em: 30 jan. 2023.

David, C.; Cruz, E. Participação e Controle Social: em Defesa do Direito Humano à Saúde e do SUS. In: Kujawa, H. A. (org.). **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS.** Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Livro-Livro-Vozes-olhares-e-sentidos-da-participacao-social-no-SUS.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

Gohn, M. G. **O protagonismo da sociedade civil:** movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Gohn, M. G. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 10, n. 18, abr./2011.

Pateman, C. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

Merhy, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

Moura, A. R.; Guerra, M. G. V. Reflexões de Boaventura Souza Santos sobre os impactos do Coronavírus. **Resenhas - Caderno de Pesquisa**, v 50, n. 178, out./dez. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/198053147314. Acesso em: 20 fev. 2024.

Pigatto, F. Z. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? In: Santos, A. O. de; Lopes, L. T. (orgs.) **Competências e regras.** Brasília, DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 341 p. Coleção Covid-19, v. 3.

Santos, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020. 32p.

Vasconcelos, T. da R.; Ferla, A. A. **Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social:** Resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia. São Leopoldo: Oikos, p. 41-62, 2021.

O que dizem os estudos sobre participação em Saúde nas Américas? Hierarquias, organização e desenvolvimento de um campo de pesquisa

Frederico Viana Machado
Carla Michele Rech
Rodrigo Silveira Pinto
Henrique Kujawa

Introdução

O presente capítulo apresenta algumas análises derivadas da pesquisa "Mapeamento e análise bibliométrica e cientométrica da produção científica sobre participação e controle social em Saúde nas Américas", na qual foi realizado um estudo de análise bibliométrica e cientométrica compreendendo artigos científicos em língua inglesa, espanhola e portuguesa que tratam sobre participação e controle social em saúde no continente americano. Esta iniciativa foi desenvolvida nos anos de 2021 e 2022 por uma rede de pesquisa fomentada por uma carta acordo celebrada entre Conselho Nacional de saúde (CNS), Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) e Organização Pan-Americana e Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS) nominada de: "Formação para o Controle Social no SUS 2", que tem como um de seus desdobramentos a pesquisa "Covid-19 e controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias"[50].

A participação da comunidade ocupa um lugar importante na gestão dos sistemas de saúde, sendo tema recorrente de pesquisas e empreendimentos governamentais, produzindo assim um grande número de publicações em todo o mundo. Podem ser encontradas diversas abordagens e experiências de participação social, que respondem aos contextos políticos, econômicos, sociais, culturais e administrativos. Observando este cenário, em especial com a pressão sofrida pelos Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) em relação a pandemia de covid-19 e com as transformações nas dinâmicas sociais decorrentes da

50 A metodologia desta pesquisa está descrita no capítulo XXX deste livro e os relatórios completos podem ser acessado em https://ceap-rs.org.br/pesquisa-controle-social-no-sus/

ampliação do uso das tecnologias de comunicação e das relações virtuais, bem como os tensionamentos políticos atuais, faz-se necessário compreender aspectos gerais dos estudos sobre participação em saúde.

Buscando conhecer as especificidades deste campo de pesquisa nas Américas, realizamos um estudo da produção acadêmica sobre participação e controle social em saúde, por meio de análises bibliométricas e cientométricas de artigos escritos por pesquisadores/as que se debruçaram sobre o fenômeno neste continente, com publicações realizadas até 12 de agosto de 2021. Foram realizadas análises abrangentes, com o objetivo de conhecer como os estudos e pesquisas sobre o tema evoluíram ao longo tempo e nos diferentes países do continente.

A participação em saúde em seus diversos enquadramentos de pesquisa constitui um objeto de interesse de diversas disciplinas e áreas do conhecimento. O comportamento do campo acadêmico estabelecido em torno deste tema envolve periódicos, instituições e pesquisadores que se localizam na interface entre as ciências da saúde e as ciências sociais, produzindo padrões de interação complexos difíceis de delimitar. Estas dificuldades se relacionam, sobretudo, às diferenças e desigualdades que separam os domínios de conhecimento, os países, periódicos etc.

Analisar conjuntamente os países da América visa aportar subsídios para as ações desenvolvidas pela OPAS, que tem investido em pesquisas e projetos relacionados à participação em saúde. Além disso, na América temos experiências nacionais e locais que respondem às diretrizes globais que endossam a participação como elemento importante para a melhoria dos serviços e políticas públicas de saúde (OMS, 2021), sobretudo relacionadas à atenção básica à saúde e à promoção da saúde, mas que estão marcados por desigualdades e singularidades. Deste modo, esta análise pode auxiliar na compreensão sobre os atores e os contextos históricos e geográficos deste continente. Espera-se que este estudo aporte aos pesquisadores e demais atores, envolvidos com o tema, uma compreensão sistemática e abrangente da pesquisa sobre participação em saúde e que seja referência para pesquisas futuras.

Alguns produtos com os resultados desta pesquisa já estão publicados e alguns em processo de publicação. Destaca-se o relatório geral, que inclui a metodologia

utilizada para desenvolvimento do estudo, todas as análises realizadas, a íntegra do banco de dados gerado e a comparação dos países com maior produção (CEAP, 2022). Recentemente, publicamos o artigo "Participação em saúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção, impacto, visibilidade e colaboração", no qual discutimos o crescimento da produção, os artigos mais citados na área, as redes de colaboração e temas mais destacados, bem como desigualdades na visibilidade da produção por países (Machado et al., 2023). Encontra-se em avaliação o artigo "Mapeamento temático e tendências conceituais dos estudos sobre participação em saúde na América", que apresenta uma organização geral dos temas estudados, bem como os conceitos e temas mais frequentes em cada momento histórico. O objetivo do presente capítulo é trazer uma síntese dos resultados da pesquisa situando como o Brasil se insere neste campo.

Participação em saúde e suas diferentes formas de implementação e conceitualização: um mosaico de conceitos e abordagens teóricas

Uma das análises realizadas teve por objetivo verificar os termos utilizados pelos/as autores/as, tanto nos títulos quantos nos resumos dos artigos, visando mapear os conceitos mais utilizados. Com auxílio de um software[51], verificamos a coocorrência de palavras, um tipo de análise que conecta termos pela frequência com que aparecem simultaneamente em títulos e resumos, mensurando por proximidade e força a relação entre temas, afinidades teóricas ou metodológicas e, consequentemente, mapeando os conceitos mais importantes na amostra, a dinâmica da relação e a organização dos conteúdos em clusters[52].

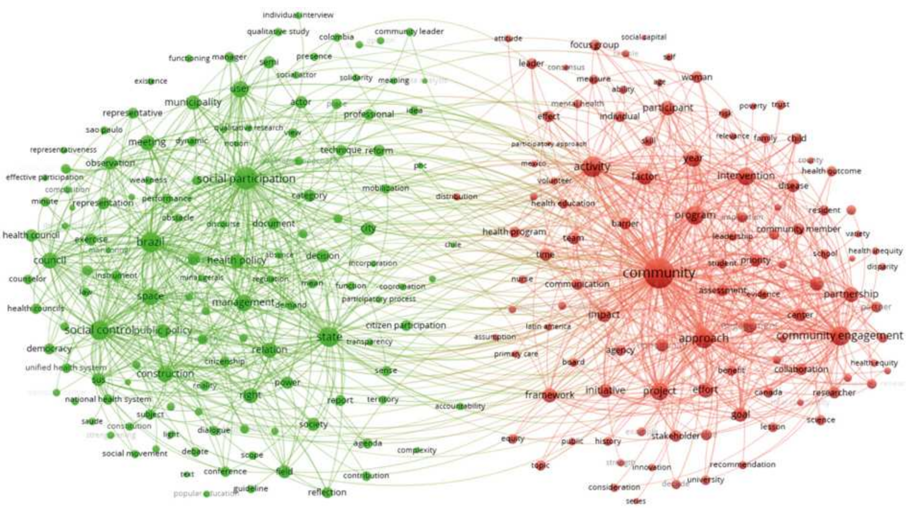
A seguir, apresentamos um mapa de coocorrência de termos baseado em títulos e resumos que representa o ordenamento global da amostra, composta pelos 641 artigos selecionados. A Figura 1 apresenta o mapa com os 197 termos mais frequentes nos títulos e resumos do banco de dados. Como podemos observar, dois

51 Para mais detalhes sobre a metodologia utilizada para desenvolvimento do estudo, a íntegra do banco de dados gerado e todas as análises realizadas ver CEAP (2022).

52 Um cluster é um agrupamento de dados que possuem algo em comum, criando unidades de análise. O VOSviewer, software que utilizamos para fazer este trabalho, procura tendências entre os cruzamentos solicitados, demonstrando em forma quantitativa e visual estas relações.

clusters se formaram separando dois campos da discussão sobre participação em saúde, que coincidem com a categorização apontada por Morgan (2001). De um lado, temos um olhar para a participação e o controle social mais voltado para o Estado, a cidadania, as instituições e os processos decisórios na gestão e formulação das políticas públicas. Do outro lado, a comunidade, suas singularidades, personagens e demandas em saúde se articulam ao engajamento comunitário e os métodos, programas e abordagens para melhor intervir nessa relação.

Figura 1. Mapa de coocorrência de termos baseado em dados de textos dos títulos e resumos do banco de dados (Network Visualization)



Fonte: dados dos autores, 2023 (para navegar entre os termos da figura, acesse o link https://tinyurl.com/253j2asv).

A pesquisa sobre participação em saúde apresentou um mosaico de conceitos e abordagens teóricas orientadas em maior ou menor grau por estes dois campos. Ocorre na interseção entre profissionais de saúde, epidemiologistas, gestores, cientistas sociais, ativistas e de organizações nacionais e transnacionais que produziram um campo amplo, dinâmico e heterogêneo. Embora haja uma divisão temática nítida, com dois enfoques contrastantes e predominantes, estes dois *clusters*, se relacionam, o que podemos notar pelas linhas que os conectam. Também merecem destaque

as nuances entre termos localizados mais ao centro e aqueles nos extremos, demarcando se são mais próximos ou distantes entre si.

No *cluster* vermelho a discussão gira em torno da noção de comunidade e os termos próprios da saúde e seus determinantes sociais, como "doença", "risco", "pobreza", "meio ambiente", "idade", "prevenção", "promoção da saúde", "escola", "intervenção", "resultados", "parceria", "colaboração", "projetos". As metodologias qualitativas são predominantes na amostra e a "pesquisa participante" se localiza na extremidade direita deste cluster, ao invés dos "mecanismos institucionais", que se localizam no extremo oposto. Vemos aqui termos como "programas", "intervenções" e "projeto", próximos à palavras como "avaliação", "melhoramentos", "prevenção", "promoção da saúde" e "resultados em saúde". Neste *cluster*, o conceito que mais se destaca é o de "engajamento comunitário" e o termo mais frequente é "comunidade". No *cluster* verde, por sua vez, os conceitos centrais são "participação social" e "controle social". Interessante observarmos que durante a limpeza do banco de dados, identificamos alguns artigos de origem estadunidense e canadense nos quais o termo "participação social" estava associado ao sentido de "vida social ativa" e o termo "controle social" ao sentido de "controle comportamental" de grupos e indivíduos (CEAP, 2022; Yuan et al., 2021; Silva; Cançado; Santos, 2017).

O *cluster* verde, do lado esquerdo, apresenta mais atração temática entre termos como "democracia", "sociedade civil", "controle social", "participação social", "conselhos de saúde", "cidadania" e "Estado". Estes termos estão associados ao arcabouço do Sistema Único de Saúde e a experiência brasileira de participação e controle social[53]. Embora experiências de participação institucionalizada, semelhantes aos "conselhos de saúde", tenham sido desenvolvidas em diversos países da América, o termo "conselhos de saúde" aparece na extremidade esquerda, distante dos demais núcleos temáticos. Isto nos ajuda a perceber que na literatura recente eles estão mais associados ao Brasil. Na amostra encontramos artigos que discutem experiências de conselhos em outros países, mas foi inexpressiva se comparada com a literatura brasileira. A terminologia utilizada para estes arranjos participativos varia. Na América do Norte a nomenclatura

53 A contribuição de estudos brasileiros é relevante nesta análise pois existe uma contribuição expressiva do Brasil na amostra (247 estudos, o que equivale a 38,5% da amostra) (CEAP, 2022).

utilizada geralmente é derivada de "*board*" e não "*council*", tal como "*health board*", "*citizens boards*", "*community advisory board*", dentre outros. A discussão sobre democracia deliberativa agrupa termos como "*accountability*", "transparência", "institucionalização", "lei", "direitos", "resoluções", "diretrizes", "mecanismos de participação", "movimentos sociais", "autonomia", "diálogo" e "consenso".

A revisão de Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012) analisam 107 publicações brasileiras sobre participação social em saúde publicados entre 1988 e 2005 e identifica apenas sete que descrevem experiências participativas de promoção da saúde e diagnósticos situacionais, e 18 que tratam da participação comunitária na prevenção e vigilância em saúde. Nestes artigos, a participação fica em segundo plano, enfocando mais o controle de endemias e a promoção da saúde. Isto nos leva a argumentar que na literatura brasileira os objetos de pesquisa e a perspectiva da participação como uma prática institucionalizada são majoritárias. Nas publicações estadunidenses e canadenses encontra-se um perfil semelhante. Revisando programas de saúde governamentais e ligados a serviços de saúde e entidades não governamentais, Merzel e D'Affitti (2003) argumentaram que a participação da comunidade é entendida como um dos fatores que pode contribuir para o alcance dos resultados dos programas de saúde propostos e não o objetivo em si. A diferença entre as institucionalizações da participação nestes países é que o enfoque da participação no Brasil em torno de uma legislação centralizadora, que cria os conselhos e conferências de saúde como arranjos participativos em todo o país, enquanto nos Estados Unidos cada programa de saúde possui uma estratégia para garantir a participação, que figura mais como um meio ou método para se chegar a determinados resultados.

Com relação aos atores, ou quem participa, enquanto o *cluster* verde está mais associado aos personagens institucionais, do "conselheiro", "usuário", "ator social" e "cidadão", o *cluster* vermelho se aproxima do "estudante", "paciente", "família", "criança", "mulher" e "líder comunitário", desvelando os personagens da comunidade e do cuidado em saúde potencializando as "parcerias", o "voluntariado" e a "colaboração". Alguns

termos se relacionam diretamente com a pergunta sobre "como participar". A preocupação com uma "abordagem" é característica do *cluster* vermelho, enquanto a participação cidadã, marcante no cluster verde, se interessa mais pelos desenhos institucionais e seus efeitos. De um lado temos a busca por inovações institucionais, de outro intervenções inovadoras, de um lado a sociedade civil em interação com o estado, do outro a comunidade em interação com profissionais e serviços de saúde ou pesquisadores. Os conceitos diretamente relacionados à participação que se destacaram foram participação social e controle social, no *cluster* verde, e engajamento comunitário e envolvimento comunitário, no *cluster* vermelho.

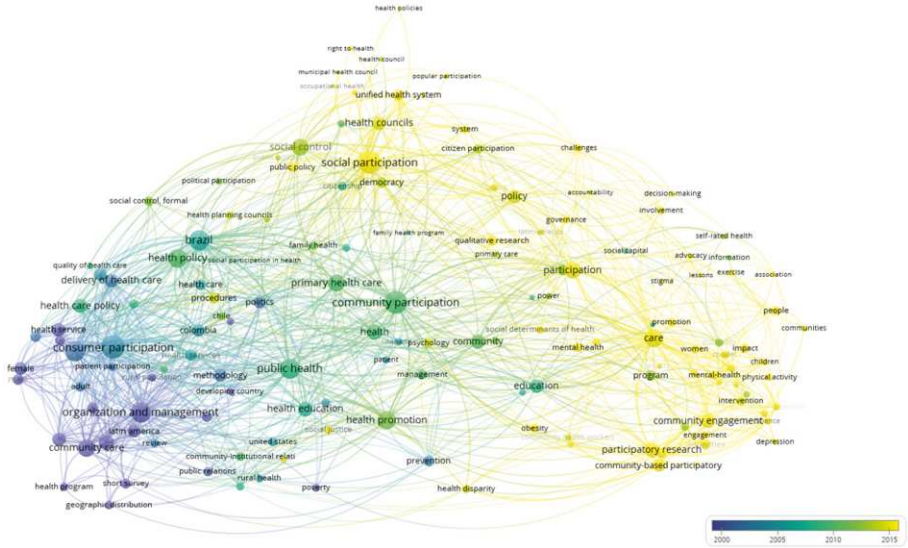
Interessante observarmos que, embora os países acima citados estejam mais associados a um cluster do que outro, fizemos uma rodagem do banco de dados apenas com os artigos brasileiros e outra sem eles, e este padrão de clusterização pode ser detectado nos dois testes. Retirando-se as publicações brasileiras a discussão sobre conselhos desaparece, mas permanecem outros termos relacionados à participação cidadã e às políticas públicas. Para confirmar a prevalência destes dois campos, realizamos uma testagem adicional e identificamos uma pequena alteração. Os dois *clusters* discutidos acima se mantêm majoritários, mas vemos emergir um *cluster* pequeno, mas bem definido, relacionado à discussão sobre capital social e saúde, concentrando termos como renda, educação e atividades físicas. Estes três *clusters* representam o debate acadêmico sobre a participação e controle social em saúde nas Américas.

Construindo um mapa das pesquisas sobre participação em saúde ao longo do tempo (1956 - 2021): principais termos e sua relação com as dinâmicas sociais e políticas de saúde

Para identificar de forma mais precisa os temas e conceitos centrais abordados pelos artigos, procedemos também a análise de coocorrência em palavras-chave, pois, sendo em menor número e definidas pelos autores e indexadores, devem ser mais específicas para a catalogação e identificação do trabalho. Esta análise foi menos eficaz para identificar campos amplos de conhecimento e discussão, tal como

apresentado no tópico anterior, mas foi útil para mapear termos específicos e sua evolução ao longo do tempo, como apresentado na Figura 2 e nas Tabelas 2 e 3.

Figura 2. Análise de coocorrência de palavras-chave baseada no banco de dados no período de 1956 a 2021



Fonte: os autores, 2023 (para navegar entre os termos da figura, acesse o link https://tinyurl.com/2ya2fcbf)[54]

A seguir, discutiremos os principais termos segmentados pelas datas de publicação. É importante ressaltar que a presença de um tema ou discussão em um determinado período não significa que não ocorra em outros, mas sim, que ocorreram em maior número. Algumas palavras-chave que não aparecem nas Tabelas 2 e 3, mas que reforçam o sentido destas, serão citadas como complemento. Este recurso permitiu identificar como as pesquisas sobre participação acompanharam as preocupações sanitárias e as dinâmicas sociais e políticas de cada momento histórico, o desenvolvimento conceitual e teórico-metodológico das abordagens sobre o tema e, consequentemente, deixam entrever suas relações com o cenário científico e das políticas de saúde de cada período. A Tabela 2 apresenta as palavras-chave mais frequentes por período, até 2005, ordenadas iniciando-se pelas que apresentaram maior frequência.

54 Para a visualização das palavras-chave no passar do tempo, clicar na seta que está na lateral esquerda, clicar na opção "View" e em seguida na caixa "Color" e selecionar a opção "Avg. Pub. Year"

Tabela 2. Frequências de palavras-chave por período até 2005, com base no banco de dados sobre Participação Social em Saúde nas Américas.

Até 1980 Publicações - 28			1981 - 1990 Publicações – 30			1991 - 2000 Publicações - 57			2001 – 2005 Publicações – 34		
Palavras-chave	N	%	Palavras-chave	N	%	Palavras-chave	N	%	Palavras-chave	N	%
community health services	8	7,8	organization and management	8	7,0	community participation	12	4,8	community participation	8	2,9
community care	7	6,9	community care	5	4,4	consumer participation	8	3,2	consumer participation	7	2,6
latin américa	4	3,9	consumer participation	5		Consumer	6	2,4	consumer	6	2,2
national health programs	3	2,9	short survey	5		primary health care	6		community	5	1,8
south and central américa	3		community health services	4	3,5	health promotion	5	2,0	health policy	5	
central américa	2	2,0	geographic distribution	4		community health services	4	1,6	health service	5	
Manpower	2		public health	4		Education	4		health care policy	4	1,5
organization and administration	2		consumer	3	2,6	Female	4		health promotion	4	
organization and management	2		developing country	3		health education	4		primary health care	4	
pan american health organization	2		economic aspect	3		community care	3	1,2	care	3	1,1
paramedical personnel	2		health education	3		family planning	3		community care	3	
public health	2		health program	3		health care	3		female	3	

public health administration	2		social aspect	3		health policy	3		health care	3	
public health servisse	2		developing countries	2	1,8	public health	3		health services administration	3	
rural population	2		latin america	2		Adult	2	0,8	participation	3	
Sanitation	2		national health programs	2		Care	2		policy	3	
Technique	2		politics	2		Citizenship	2		adolescent	2	0,7
world health organization	2		prevention	2		comparative study	2		adult	2	
Outros	51	50,0	Outros	51	44,7	Outros	173	69,5	Outros	201	73,4
Total	102	100	Total	114	100	Total	249	100	Total	274	100

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

As palavras-chave mais frequentes nos trabalhos publicados até 1980 indicam a preocupação com a organização e a gestão dos sistemas de saúde, dos serviços e do cuidado comunitário, dos trabalhadores da saúde ("*health care personnel*", "*health personnel*") e das relações interprofissionais ("*interprofessional relations*"). As agências transnacionais de saúde, OMS e OPAS, são agentes importantes destes estudos. Também aparecem questões relacionadas ao desenvolvimento, tais como os fatores socioeconômicos, a pobreza, o saneamento e o controle de doenças ("*chagas disease*"; "*communicable disease control*"; "*infection control*") e as questões rurais ("*rural health care*"; "*rural health services*"). O termo américa latina ganha destaque como o 3º mais citado e é reforçado por outras palavras-chave que estão na tabela mas que integram o banco de dados neste período ("*south and central america*", "*central america*", "*Brazil*", "*Costa Rica*" "*Colombia*", "*Argentina*").

No topo da lista das publicações da década de 1980 mantém-se a preocupação com a gestão dos serviços e a atenção à saúde da comunidade. O consumidor de produtos e serviços de saúde se torna um ator importante com dois termos no

topo da lista ("*consumer participation*", "*consumer*"), indicando o conceito mais expressivo na literatura para o enquadramento da participação. Sendo a 16ª palavra-chave mais citada, América Latina permanece como um conceito importante, sobretudo se considerados os termos associados ("*Brazil*", "*Colombia*", "*Guatemala*", "*Nicaragua*"), mas vemos surgir a noção de países em desenvolvimento ("*developing country*") se somando às questões socioeconômicas ("*economic aspect*", "*poverty*", "*socioeconomic factors*", "*social aspect*"), o que pode estar relacionado à discussão sobre as intervenções do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional nas reformas sanitárias dos países (Homedes; Ugalde, 2005).

A distribuição geográfica ("*geographic distribution*") emerge com um dos principais termos e pode ser associado às questões rurais, que agora ganham novos descritores ("*agricultural worker*", "*agriculture*", "*rural health*", "*veterinary medicine*", "*animal husbandry*"), e à emergência das questões urbanas ("*urban health*", "*urban population*"). A preocupação com a participação no espaço urbano reflete o crescimento das cidades e o êxodo rural característico nesta década e nas anteriores (Cunha, 2002). As questões relacionadas ao território e ao controle de endemias seguem tendência semelhante ("*aedes aegypti*", "*antimalarial agent*", "*antimalarials*", "*dengue*", "*malaria*", "*protozoon*"). A educação em saúde aparece como tema de discussão.

Estes dois primeiros recortes temporais, "até 1980" e "de 1981 até 1990", apresentam aderência sobretudo ao *cluster* roxo da Figura 2, no qual vemos a discussão sobre a participação do consumidor e a preocupação com os programas e serviços de saúde, a saúde rural e a distribuição geográfica, mas também aos *clusters* intermediários, de coloração esverdeada. A análise por períodos permitiu aprofundar e qualificar a utilização dos termos. O principal investimento dos países após a declaração de Alma-Ata foi no fortalecimento da Atenção Básica em Saúde Seletiva, focados principalmente em questões relacionadas a condições de saúde agudas específicas e na saúde da mulher e da criança (Vuori, 1984), sendo executada principalmente nos países das Américas. Neste período, Rifkin (1996) argumenta que a comunidade é vista predominantemente como receptora de serviços básicos e de informações em saúde, devendo ser "convencida" pelos profissionais de saúde sob a perspectiva biomédica.

Os conceitos de participação comunitária e do consumidor alcançam as primeiras posições nas publicações da década de 1990, o que pode ser interpretado como um amadurecimento e consolidação conceitual e uma maior especificidade dos processos participativos no centro dos recortes de pesquisa. A promoção da saúde se destaca como um conceito emergente nesse período (“*health promotion*”, “*prevention*”, “*wellness*”, “*health promoter*”), refletindo os desdobramentos da Carta de Ottawa (OMS, 1986) primeiro documento oficial que defende o incremento do poder e do controle dos recursos e ferramentas pela comunidade para a tomada de decisão. Este reflexo demonstra preocupação conceitual específica e associada à participação e atenção primária em saúde (“*primary health care*”; “*community health services*”; “*family health*”, “*home care*”, “*home visitation*”, “*local health systems/standards*”, “*local participation*”, “*local strategies*”). Um elemento interessante deste período é o surgimento de descritores relacionados aos grupos populacionais (“*family planning*”, “*adult*”, “*male*”, “*middle age*”, “*adolescent*”, “*black*”, “*child*”, “*preschool child*”, “*gender*”, “*gender identity*”, “*infant*”, “*newborn*”, “*women´s health*”). Os descritores relacionados à atenção à saúde (“*health care*”) e a atenção à saúde da comunidade (“*community care*”) associados à preocupação com os serviços (“*community health services*”, “*health teams*”), indicam a aproximação das discussões sobre participação e políticas públicas (“*health policy*”, “*public health*”, “*citizenship*”, “*decentralization*”, “*health care policy*”, “*health care system*”, “*health services needs and demand*”, “*health systems research*”, “*health rights*”, “*policy implementation*”, “*policy reform*”). As questões rurais (“*rural health*”, “*agricultural chemicals*”, “*agriculture*”, “*farms*”, “*rural population*”) e o controle de endemias (“*schistosomiasis*”, “*infection control*”, “*dengue*”) aparecem, mas com menos frequência que nos períodos anteriores.

Percebe-se nesta década o impacto do modelo de empoderamento da comunidade para o alcance da tomada de decisão. Em 1988, a OMS publica seu primeiro manual com uma estratégia de levantamento dos problemas de saúde de uma região atrelado à participação da comunidade, o que demonstra a preocupação das agências internacionais com a inclusão da participação na agenda (Annet; Rifkin; World Health Organization [WHO], 1995). Percebe-se a

mesma atitude do Banco Mundial (1996), que buscava uma definição concreta e alinhada de participação dando uma visão utilitarista para a mesma. Esta visão fez com que surgisse a necessidade de incluir esta pauta nos projetos fomentados ou influenciados por estas agências (Morgan, 2001). Por outro lado, nos anos 90 percebe-se uma grande produção das Ciências Sociais sobre o fenômeno da participação, e com este olhar se acrescentou a visão de contexto (as relações sociais que existem previamente a alguma intervenção relacionada à participação), cultura (a compreensão do local onde a participação está sendo fomentada, sobre os aspectos políticos e de estruturas sociais) e o significado das intervenções participativas para os estratos da comunidade (gênero, etnia e classe social). Desta forma, se pode perceber as diversas nuances de uma intervenção envolvendo a participação, e não o efeito "tudo ou nada", mostrando diversos caminhos para o incremento de poder citada na Declaração de Ottawa (Morgan, 2001).

Os conceitos principais nos trabalhos publicados entre 2001 e 2005 seguem enfocando a participação comunitária e do consumidor. Termos relacionados às políticas públicas, que emergem no período anterior, ganham volume e especificidade conceitual neste período ("*health policy*"; "*health care policy*"; "*health services administration*"; "*policy*"). Os termos relacionados à promoção da saúde e educação ainda aparecem, mas perdem posições em comparação com o período anterior. Surgem novos conceitos que abordam a participação institucionalizada ("*community-institutional relations*", "*social control*", "*social control policies*", "*social participation*", "*control social*", "*public participation*", "*mechanisms of social participation*"). Identificam-se vários descritores metodológicos indicando mais atividades de pesquisa empírica em torno do tema ("*qualitative analysis*", "*comparative study*", "*construction models*", "*controlled study*", "*correlation analysis*", "*descriptive research*", "*discourse analysis*", "*ethnography*", "*exploratory research*", "*focus groups*", "*group dynamics*", "*health survey*", "*major clinical study*", "*qualitative study*"). Esta evolução demonstra a consolidação das Ciências Sociais neste campo de estudo, com a definição de métodos de pesquisa qualitativos, em especial os estudos de caso, para demonstrar as dimensões das intervenções participativas (Morgan, 2001).

Tabela 3. Frequências de palavras-chave por período após 2006, com base no banco de dados sobre Participação Social em Saúde nas Américas

2006 - 2010 Publicações - 100			2011 - 2015 Publicações – 158			2016 - 2021 Publicações - 234		
Palavras-chave	**N**	**%**	**Palavras-chave**	**N**	**%**	**Palavras-chave**	**N**	**%**
social control	15	2,8	social participation	23	2,6	social participation	46	2,7
social participation	15		health councils	16	1,8	community participation	26	1,5
community participation	11	2,0	participation	14	1,6	participation	26	
consumer participation	9	1,7	social control	14		community engagement	21	1,2
health policy	7	1,3	health promotion	13	1,5	primary health care	19	1,1
participation	7		community participation	12	1,4	public health	17	1,0
health councils	6	1,1	consumer participation	11	1,3	health promotion	15	0,9
public health	6		democracy	11		social control	15	
Democracy	5	0,9	community engagement	9	1,0	community-based participatory research	14	0,8
health education	5		participatory research	9		unified health system	14	
health promotion	5		health policy	8	0,9	health councils	12	0,7
citizen participation	4	0,7	mental health	8		participatory research	12	
Consumer	4		primary health care	8		health disparities	11	0,7
political participation	4		health education	7	0,8	qualitative research	11	
social support	4		public health	7		disparities	10	0,6

brazilian unified health system	3	0,6	community-based participatory research	6	0,7	mental health	10	0,6
Child	3		education	6		policy	10	
Citizenship	3		women	6		community	9	0,5
Outros	429	78,7	Outros	684	78,4	Outros	1388	82,3
Total	545	100	Total	872	100	Total	1686	100

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Na Tabela 3 estão apresentadas as palavras-chave mais frequentes a partir de 2006. Os conceitos de participação social e controle social, que surgem entre os descritores do período anterior, se tornam os dois mais utilizados entre 2006 e 2010, à frente de participação comunitária e do consumidor. O fato de termos tantos conceitos centrais entre os termos mais citados reflete o acúmulo teórico, mas com dispersão de campos de discussão, que criaram conceitos próprios, diferentemente das décadas de 80 e 90, onde as agências transnacionais tentaram agrupar e fazer uma definição dos conceitos e a busca do melhor processo de conduzir uma intervenção. Trabalhos envolvendo uma mistura de abordagens das ciências sociais e da epidemiologia (com diferentes proporções), trouxeram uma maior aproximação da validade interna dos cenários dos estudos realizados, além de proposições teóricas de diversos aspectos envolvendo os conceitos de comunidade e participação. Outros conceitos importantes também figuram entre os mais citados reforçando este argumento, alguns que já haviam se destacado ("*health education*", "*health promotion*") e outros que crescem em número de citações ("*citizen participation*", "*empowerment*") ou surgem pela primeira vez ("*political participation*").

O Brasil se destaca neste período e termos característicos da literatura deste país estão entre os mais utilizados ("*health councils*", "*brazilian unified health system*", "*family health program*", "*family health strategy*"), com ênfase para a questão dos "conselhos de saúde" ("*health councils*"; "*health planning councils*"; "*municipal health council*"; "*counsellors' training*"; "*counselors of health*") o que pode ser explicado pela

reorientação do sistema de saúde a partir de 2003, priorizando a participação da comunidade (Bastos Filho; Cunha; Oliviera, 2003) além do aumento por fomento em pesquisa de saúde naquele país (Guimarães, 2006). A discussão sobre democracia participativa cresce em citação e diversidade de termos ("*democracy*", "*accountability*", "*deliberative democracy*", "*advisory committees*", "*care decision-making*", "*deepening democracy*", "*democratic innovation*", "*democratic management*", "*democratization*"). Estes termos estão fortemente associados à discussão sobre as políticas públicas, o que também é indicado por outros descritores ("*quality of health care*", "*health policy*", "*public health*", "*social support*", "*policy*" "*child welfare*"). O conceito de capital social, que surge no período anterior, sobe em número de citações, provavelmente resultado da publicação do trabalho de Putnan (2000) acerca de pesquisa empírica sobre o tema, promovendo a sua inclusão na discussão sobre participação da comunidade na saúde (Villalonga-Olives; Wind; Kawachi, 2018).

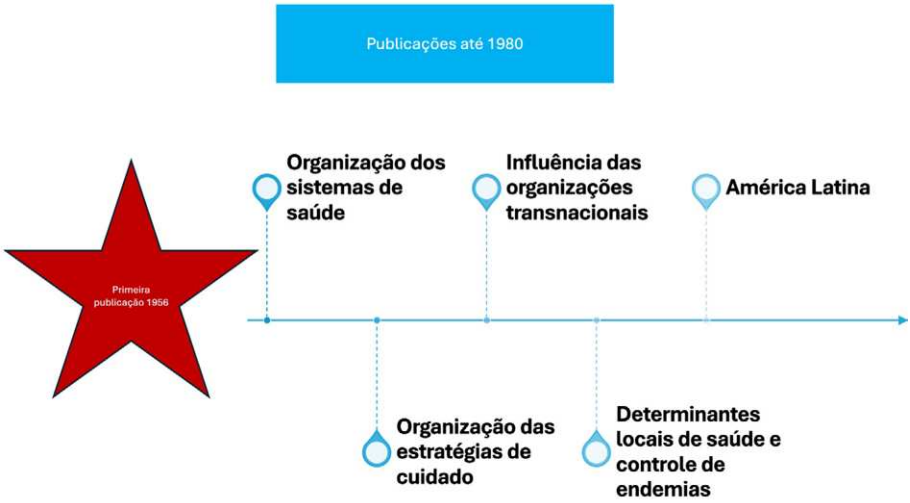
No período de 2011 a 2015, os descritores "*community engagement*" e "*community-based participatory research*", que haviam tido uma citação cada no período anterior, ganham força entre as palavras-chave. Estes conceitos são utilizados especialmente em publicações oriundas do Canadá e Estados Unidos. Enquanto o termo controle social foi incorporado na produção brasileira para a definição da forma institucionalizada de participação (Brasil, 1990), os Estados Unidos fomentam o uso do termo *community engagement* (Centers of Disease Control and Prevention, 2011) para definir as estratégias de inclusão da comunidade. Da mesma forma, a abordagem "*community-based participatory research*" se tornou a principal estratégia de pesquisa participativa (Wallerstein; Duran, 2010).

Os termos "*health councils*" e "*unified health system*" indicam a consolidação dos estudos sobre os conselhos no Brasil e a sua relevância, ao menos quantitativa, no escopo da participação em saúde no continente americano. "*Democracy*" segue na lista das mais citadas e, neste período, embora em termos diversificados, ainda são identificados os conceitos relacionados ao arcabouço da democracia participativa. Os termos relacionados à promoção da saúde, educação em saúde, atenção primária e políticas públicas seguem relevantes, consolidando aspectos conceituais que emergiram na década anterior. Dentre os temas que se articulam à participação, a saúde mental é o que mais se destaca neste período, pois, além de estar entre os mais citados, se expressa em vários outros descritores *("community mental*

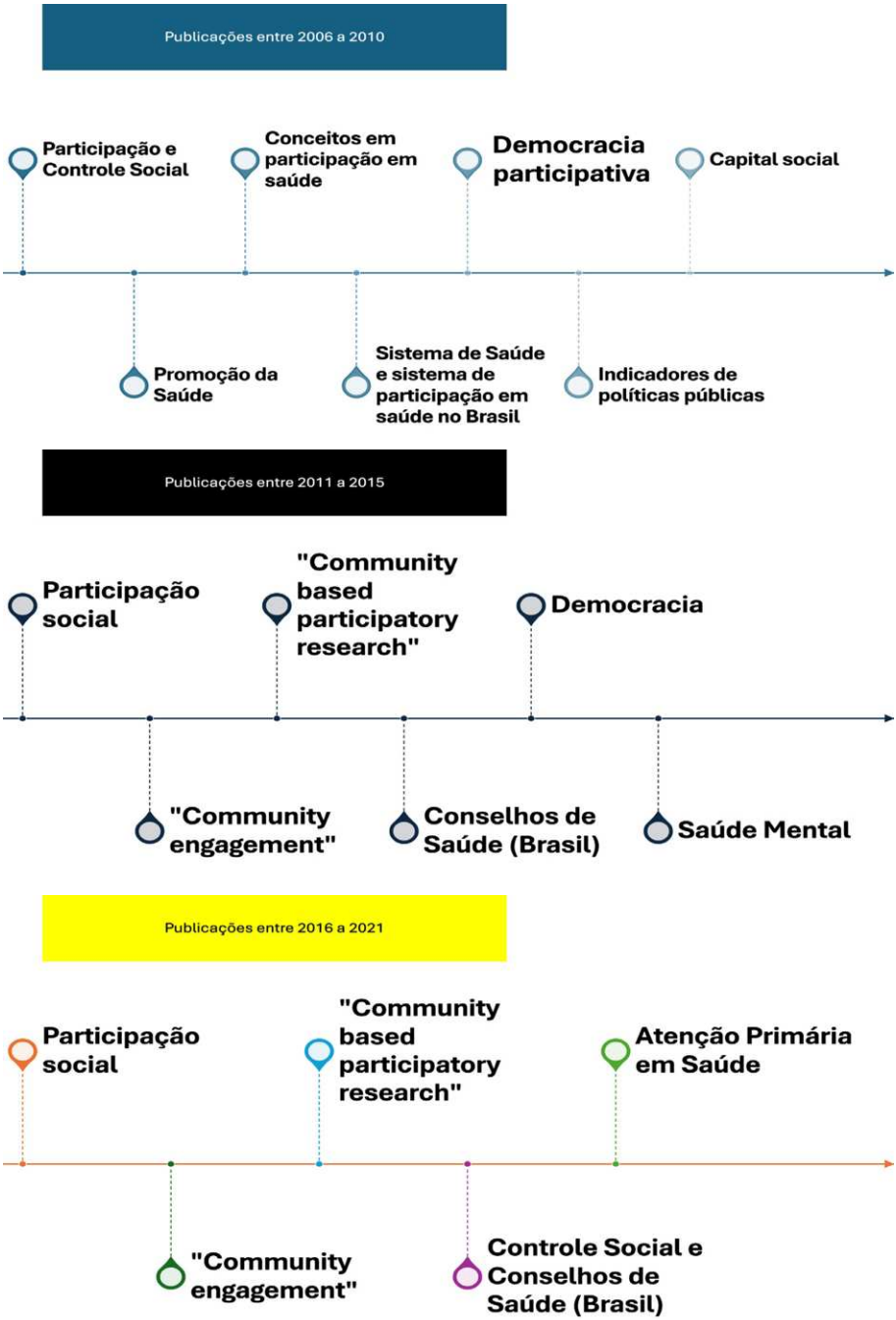
health", "*mental health promotion*", "*mental health strategy*", "*mental health systems transformation*", "*serious mental illness*", "*severe mental illness*", "*depression*"). A inclusão destes indicadores no debate pode ser um efeito da luta antimanicomial e da inserção das pessoas portadoras de transtornos mentais na tomada de decisão (Assis, 2019), conjuntamente com a ampliação das estratégias de agregar intervenções que promovam a saúde mental na comunidade, visto o crescimento dos problemas no planeta (Wainberg et al., 2017; Castillo et al., 2019).

No período de 2016 a 2021 vemos a consolidação de algumas tendências esboçadas no período anterior: "*social participation*" não apenas permanece na primeira posição, como dobra o número de citações; "*community participation*" desde a década de 1990 se mantém entre os termos mais utilizados; "*community engagement*" e "*community-based participatory research*", que haviam se destacado no período anterior, mais que dobram o número de citações (ver Figura 2); "*consumer participation*" que desde a década de 1980 está entre as mais citadas, se torna residual; "*social control*" e "*health councils*" descem algumas posições mas seguem relevantes; "*community-based participatory research*", já em destaque no período anterior, mais que dobra o número de citações; Promoção da saúde e educação em saúde descem algumas posições mas seguem relevantes; "*primary health care*" sobe posições nos últimos períodos. Uma linha do tempo com os principais aspectos de cada época está apresentada na Figura 3.

Figura 3. Produção sobre Participação e Controle Social nas Américas ao longo do tempo



Publicações entre 1981 a 1990
Gestão dos serviços de saúde
América Latina
Distribuição geográfica de quem participa
Direito do consumidor
Questões socioeconômicas
Determinantes locais de saúde e controle de endemias
Publicações entre 1991 a 2000
Participação comunitária e do consumidor
Atenção Primária em Saúde
Prestação de serviços orientados à comunidade
Determinantes locais de saúde e controle de endemias
Promoção da saúde
Grupos populacionais
Políticas Públicas
Publicações entre 2001 a 2005
Participação comunitária e do consumidor
Promoção da saúde
Aspectos metodológicos dos estudos
Políticas públicas
Institucionalização da Participação em Saúde



Fonte: os autores, 2023 (para navegar entre os termos da figura, acesse o link https://bit.ly/LinhaParticipacao).

Desigualdades de impacto e visibilidade das publicações

Outra análise teve por objetivo verificar a distribuição das publicações por idioma e o impacto destas publicações, seja por meio da análise das citações dos artigos e das instituições mais produtivas, seja pela análise dos periódicos. Inicialmente, verificamos que os artigos selecionados possuem contribuições de autores dos cinco continentes do planeta com predomínio das publicações em língua inglesa: dos 641 artigos incluídos no banco dados, 350 (54%) foram publicados em inglês, 178 (27,77%) em português, 85 (13,26%) em espanhol, 21 (3,28%) em inglês e português, 6 (0,93%) em inglês e espanhol e 1 (0,23%) nos três idiomas.

Considerando o perfil das produções segundo o país dos autores, encontramos o seguinte resultado: Brasil, em primeiro lugar, com 257 autorias e 582 citações; os Estados Unidos da América (EUA) em segundo, com 226 autorias e 2057 citações; em terceiro o Canadá, com 66 autorias e 713 citações; a Colômbia em quarto, com 28 autorias e 178 citações e em quinto lugar, o México, com 26 autorias e 43 citações. Chile (21 autorias e 123 citações) e Cuba (10 autorias e 132 citações) aportam contribuições expressivas sobre o tema, em sétimo e décimo lugares, respectivamente. Destaca-se ainda a presença de autores ingleses, (6ª posição, 22 autorias e 404 citações), espanhóis (8ª posição, 14 autorias e 29 citações) e portugueses (9ª posição, 11 autorias e 16 citações) estudando o tema na América. Estes resultados se assemelham aos resultados de Yuan et al. (2021), que argumentam serem os EUA a região-chave das pesquisas sobre engajamento da comunidade em saúde pública e, países em desenvolvimento como o Brasil, também contribuíram muito com esse campo, cujos avanços são marcados por eventos historicamente importantes de saúde pública e evoluíram de estratégias macrorregionais para ações mesorregionais e microrregionais (Yuan et al., 2021).

Buscando mapear as instituições mais produtivas, seus índices de citação e suas conexões, analisou-se a vinculação institucional dos autores dos manuscritos. As dez instituições com maior produção sobre o tema, sinalizado entre parênteses o número de artigos e o número de citações de cada uma, foram: Fundação Oswaldo Cruz (29 artigos - 249 citações), Universidade da Califórnia

(23 - 414), Universidade de São Paulo (17 - 53), Universidade de Toronto (14 - 121), Universidade de Brasília (10 - 117), Universidade Federal da Bahia (10 - 64), Universidade de Harvard (9 - 284), Universidade da Carolina do Norte (9 - 179), Universidade McMaster (8 - 175) e a Universidade de Duke (7 - 149). As instituições estadunidenses e brasileiras se destacam nesta lista. Entretanto, a proporção entre artigos publicados e citações confirma o maior impacto da produção das instituições estadunidenses e canadenses, em comparação com as latino-americanas. Outra informação interessante é o fato de serem em sua grande maioria instituições públicas, pois apenas Harvard e Duke são privadas.

Conforme destacado, procuramos verificar também a relevância dos periódicos e das publicações, por meio da análise de citações dos periódicos contemplados no banco de dados. Ordenou-se na Tabela 3 um comparativo entre número de publicações e de citações entre os principais periódicos. Após cada título, incluímos o número de documentos publicados, seguido do número de citações e da média de citações por artigo.

Tabela 3. Artigos e Citações por Periódico sobre Participação e Controle Social em saúde nas Américas

Periódicos com mais artigos publicados				**Periódicos mais citados**			
	Revista	**n. de artigos**	**n. de citações/ média de citações por artigo**		**Revista**	**n. de artigos**	**n. de citações/ média de citações por artigo**
1.	Ciência & Saúde Coletiva	48	148/3.08	1.	Lancet	3	343/114,3
2	Saúde & Sociedade	38	66/1,73	2	Social Science & Medicine	13	325/25
3.	Cadernos de Saúde Pública	17	54/3,17	3.	Health Policy	3	182/60,6
4.	Revista Brasileira de Enfermagem	15	3/0,2	4.	Academic Medicine	4	149/37,25
5.	Salud Pùblica de México	15	28/1,86	5.	Ciência & Saúde Coletiva	48	148/49,3
6.	Social Science & Medicine	13	325/25	6.	Plos Neglected Tropical Diseases	2	76/38
7.	Interface - Comunicação, saúde educação	12	2/0,16	7.	Information Technology & People	1	70/70

8.	Physis	11	0/0	8.	Saúde & Sociedade	38	66/1,73
9.	Revista Panamericana de Salud Pública	8	32/4,75	9.	Journal of Health Politics Policy and Law	6	61/10,1
10.	Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana	8	0/0	10.	Biosecurity and Bioterrorism-biodefense strategy	1	61/61
11.	Journal of Health Politics, Policy and Law	6	61/10,16	11.	Cadernos de Saúde Pública	17	54/3,17
12.	Progress in Community Health Partnerships	6	12/2	12.	International Journal of Health Services	5	49/9,8
13.	Revista Espanola de Saúde Pública	5	7/1,4	13.	Journal of Community Psychology	2	49/24,5
14.	International Journal of Health Services	5	49/9,8	14.	Medical Anthropology Quarterly	5	44/8,8
15.	Human Organization	5	40/8	15.	Implementation Science	2	43/21,5
16.	International Journal of Environmental Research and Public Health)	5	38/7,6	16.	Ecohealth	1	42/42
17.	Medical Anthropology Quarterly	5	44/8,8	17.	American Journal of Community Psychology	1	41/41
18.	Health Promotion Practice	5	3/0,6	18.	Human organization	5	40/8
19.	International Journal of Circumpolar Health	5	5/1	19.	Journal of Women's Health	1	40/40
20.	Revista de Salud Publica (Bogotá)	5	0/0	20.	Review of Communication Research	1	40/40
21.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	5	15/3	21.	International Journal of Environmental Research	5	38/7,6

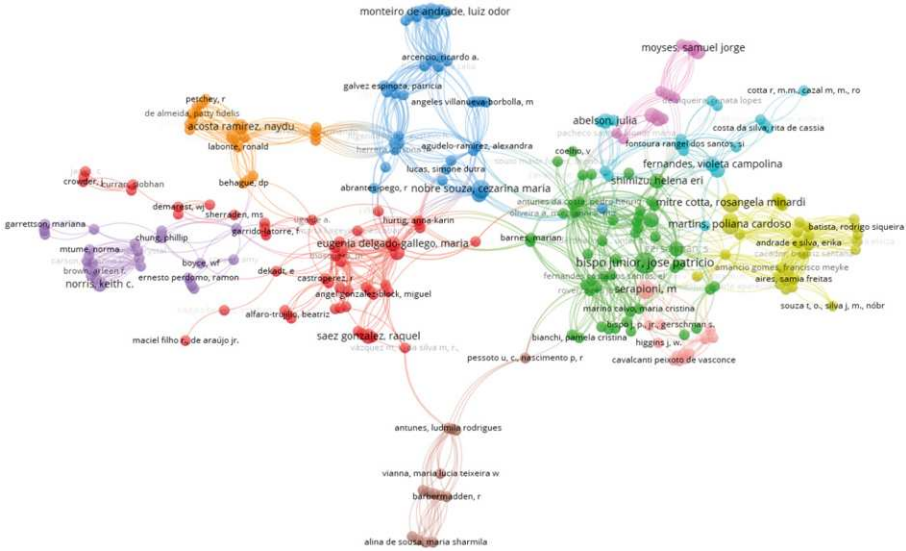
Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

Observa-se a desigualdade de impacto e visibilidade entre os periódicos, comparando o número de artigos publicados e a média de citações. Ao comparar o número de artigos publicados e os mais citados, usando o caso das revistas brasileiras, vê-se que estas ocupam os quatro primeiros lugares no ranking de revistas com maior número de documentos publicados, mas no ranking das revistas mais citadas não mantém esta performance. A Revista Brasileira de Enfermagem, quarta em número de publicações, desapareceu

no ranking das 20 revistas mais citadas. Na outra extremidade, vemos o periódico *The Lancet*, com apenas três artigos selecionados acumularem 343 citações. Esta desigualdade afeta também os periódicos dos demais países Latino-Americanos, que sequer aparecem entre os 20 com mais citações. Se tomarmos o *Scimago Journal & Country Rank*, vemos que os periódicos Latino-Americanos não aparecem entre os 2000 primeiros colocados do mundo.

A análise das citações e por autores apresentada na Figura 4 gerou 11 *clusters* distintos que demarcam relações entre eles, destacando-se a proximidade temática, mas também dos países de origem e do idioma dos países de origem. Nota-se conexões fortes entre os autores brasileiros e entre os autores latino-americanos. Vimos que, embora os autores mais citados sejam em sua maioria dos EUA e no Canadá, quando observamos os autores mais conectados, os brasileiros se destacam.

Figura 4. Análise de citações entre autores que publicam sobre Participação e Controle Social em Saúde nas Américas



Fonte: os autores com base no banco de dados, 2023 (para navegar entre os termos da figura, acesse o link https://tinyurl.com/243jcmcq).

O primeiro da lista dos mais conectados, José Patrício Bispo Júnior, professor da Universidade Federal da Bahia, com quatro artigos incluídos no banco, estuda os conselhos de saúde no Brasil e a efetividade da participação; Pedro da

Costa, Fernando de Paiva e Cornelis Van Stralen, vinculados à Universidade Federal de Minas Gerais, ocupam respectivamente as próximas colocações, em virtude de uma revisão sistemática sobre participação em saúde no Brasil com boa repercussão. Em seguida, temos Poliana Cardoso Martins, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Fábio Farias Mendes, Sylvia do Carmo Castro Franceschinni, Silvia Eloiza Priore, Glauce Dias, Rodrigo Siqueira-Batista, vinculados à Universidade Federal de Viçosa, também estudam a experiência dos conselhos de saúde. Na sequência, temos Eugenia Delgado-Gallego e Maria Luisa Vazquez, com dois artigos na amostra, da *Universidad del Valle*, que estudam mecanismos de participação social na Colômbia. Mauro Serapioni, com três artigos, vinculado à Universidade de Coimbra, mas com vínculos com pesquisadores brasileiros, estuda desde temas gerais sobre participação em saúde, até questões específicas sobre os Conselhos Locais de Saúde no Brasil. Jennifer Cook, da Universidade da Carolina do Norte, com três artigos selecionados, estuda a colaboração da comunidade para melhorar a qualidade dos serviços e reduzir as disparidades em saúde. Helena Eri Shimizu, da Universidade de Brasília, com dois artigos selecionados, estuda os avanços e entraves da participação social institucionalizada e os mecanismos de participação social em saúde no Brasil.

Considerações finais

Ao olharmos para o conjunto das Américas, em uma análise ampliada, as desigualdades em termos de visibilidade e impacto deste campo científico ensejam discussões para a superação dos obstáculos para o desenvolvimento científico, tecnológico e, consequentemente, das políticas públicas e do cuidado em saúde. Esta pesquisa identificou diversas experiências de mecanismos, estratégias e discussões teóricas sobre participação social que trazem contribuições importantes para o tema e que, por conta destas desigualdades, têm seu potencial reduzido. Vimos também a mudança dos interesses dos pesquisadores deste tema, em que inicialmente possuía um enfoque voltado a participação como instrumento de convencimento da comunidade para diminuição do impacto de endemias, em especial em populações pobres, para um instrumento interessado em conhecer todos os aspectos deste fenômeno (biomédicos, sociais e políticos) inclusive incluindo a própria comunidade no delineamento e execução da pesquisa.

Conforme apresentamos ao longo do texto, a amostra selecionada demonstra uma grande discrepância entre as produções nacionais, seja numérica, como nos casos dos EUA e do Brasil, seja por relevância na força das conexões e citações, como EUA, Canadá e produções estrangeiras sobre os contextos locais. Estes três países possuem frentes de pesquisa bem definidas, ao contrário das produções dos demais países. Isso não significa que não haja produção nesta área, mas que podem não existir no formato de publicações científicas, mas em forma de objetos de aprendizagem, eventos e palestras e outras formas de divulgação. Sendo assim, ainda existe um campo vasto a ser desvendado sobre o fenômeno da Participação em Saúde nas Américas.

Referências

Annett, H.; Rifkin, S. B.; World Health Organization [WHO]. **Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs:** a focus on health improvements for low-income urban and rural areas. 1995. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/59366. Acesso em: 08 fev. 2023.

Assis, A. D. de. **Louca América:** a luta por uma América Latina sem manicômios. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2019.

Banco Mundial. Reflections from the Participation Sourcebook. **Social Development Notes**, n. 25. Washington, DC. 1996. Disponível em: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11638. Acesso em: 08 fev. 2023.

Bastos Filho, R. A.; Cunha, W.; Oliveira, A. R. Conselhos Gestores de Saúde no Brasil: uma meta-análise da produção científica a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. **Revista de Administração de Roraima**, v. 5, n. 2, p.164-188, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.18227/2237-8057rarr.v5i2.2590. Acesso em: 08 fev. 2023.

Brasil. Lei nº 8.142, de 7 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

Castillo, E. G. et al. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. **Curr Psychiatry Rep**., v. 21, n. 5, p. 35, 2019. Disponível em: doi:10.1007/s11920-019-1017-0. Acesso em: 30 jan. 2023.

Cavalcanti, M. L. T.; Cabral, M. H. P.; Antunes, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros - 1988/2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1813-1823, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700020. Acesso em: 30 jan. 2023.

Centers of Disease Control end Prevention. **Principles of community engagement.** 2011. Disponível em: https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FINAL.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Revisão bibliométrica sobre a participação social em saúde nas Américas** [recurso eletrônico] (Coleção Covid-19 e o

controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 3). Centro de Educação e Assessoramento Popular: Passo Fundo: Saluz, 2022. 223 p. Disponível em: https://ceap-rs.org.br/arquivo/Pesquisa-Covid-e-Controle-Social_vol3_revisao-2022.pdf. Acesso em: 09 fev. 2023.

Cunha, J. M. P. **Urbanización, redistribución espacial de la población y transformaciones socioeconómicas en América Latina**. Série Población Y Desarrollo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población. 2002. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7168. Acesso em: 08 fev. 2023.

Guimarães, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.spe, p. 3-10, 2006.

Homedes, N.; Ugalde, A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. **Health Policy**., v. 71, n. 1, p. 83-96, 2005. Disponível em: 10.1016/j.healthpol.2004.01.011. Acesso em: 08 fev. 2023.

Machado, F. V. et al. Participação em saúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção, impacto, visibilidade e colaboração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, fev. 2023.

Merzel, C.; D'Afflitti, J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. **Am J Public Health**., v. 93, n. 4, p. 557-74, abr. 2003. Disponível em: 10.2105/ajph.93.4.557. Acesso em: 08 fev. 2023.

Morgan, L. M. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy Plan**., v. 16, n. 3, p. 221-230, 2001.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa**, 1986. Disponível em:http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Voice, agency, empowerment** - handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021.

Putnam, R. D. **Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community**. New York: Simon & Schuster, 2000.

Rifkin, S. B. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. **Acta Trop**., v. 61, n. 2, p. 79-92, 1996.

Silva, F. R.; Cançado, A. C.; Santos, J. C. D. Compreensões Acerca do Conceito de Controle Social. **Desenvolvimento em Questão**, v. 15, n. 41, p. 24-58, 2017.

Villalonga-Olives, E.; Wind, T. R.; Kawachi, I. Social capital interventions in public health: A systematic review. **Soc Sci Med**., v. 212, p. 203-218, 2018. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2018.07.022. Acesso em: 08 fev. 2023.

Vuori, H. Primary health care in Europe – Problems and solutions. **Community Medicine**, v. 6, p. 221–31, 1984.

Wainberg, M. L. et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. **Curr Psychiatry Rep**., v. 19, n. 5, p. 28, maio 2017. Disponível em: 10.1007/s11920-017-0780-z. Acesso em: 08 fev. 2023.

Wallerstein, N.; Duran, B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. **Am J Public Health**., v. 100, Suppl 1, p. S40-6, 2010. Disponível em: 10.2105/AJPH.2009.184036. Acesso em: 08 fev. 2023.

Yuan, M. et al. Community engagement in public health: a bibliometric mapping of global research. **Arch Public Health**., v. 79, n. 1, p. 6, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13690-021-00525-3. Acesso em: 08 fev. 2023.

A trajetória da literatura acadêmica sobre participação e saúde no Brasil e nos EUA

Wagner de Melo Romão
Manuelle Maria Marques Matias
Gabriele Carvalho de Freitas

Introdução

O fortalecimento do enfoque no nível primário de atenção à saúde, conhecido como Atenção Primária em Saúde (APS) vem se dando mundialmente sobretudo após a Conferência de Alma Ata, em 1978. A participação da comunidade é um dos pontos centrais da APS. Embora existam diretrizes gerais prescritas pela Organização Mundial da Saúde para que a comunidade possa contribuir para decisões, serviços e ações, após Alma-Ata os países implantaram a APS com níveis e formas distintas de participação da comunidade nos sistemas (Rifkin, 2012).

Consideramos que a trajetória da participação social em saúde nos países das Américas é uma construção sócio-histórica marcada por diferentes arranjos de participação formais e informais reunindo atores sociais e governamentais, com experiências de mobilização social e trajetórias institucionais distintas. A análise da literatura acadêmica produzida em cada país, ao longo de décadas, nos parece um excelente recurso para compreendermos as especificidades destas experiências nacionais de participação social em saúde.

O presente capítulo analisa a trajetória da produção acadêmica sobre participação social em saúde na produção científica de Brasil e Estados Unidos, a partir da pesquisa referida na Apresentação deste livro. A produção destes dois países foi escolhida para este capítulo pelo critério de maior número de autorias na amostra analisada. Foram considerados para esta análise os artigos científicos produzidos por autores desses dois países. Eventualmente, é possível que autores de outras nacionalidades sejam co-autores de pesquisadores

brasileiros ou estadunidenses. A fim de relacionar as produções científicas aos contextos nos quais se produzem, optamos por dividir a análise destas produções por décadas, de modo que temos uma divisão que varia desde a década de 1950 à década de 2020, mais precisamente até a data de 12 de agosto de 2021. A análise dos principais temas ao longo do tempo nos forneceu um indicativo dos rumos do debate acadêmico, além de chamar atenção para as questões mais prevalentes sobre a participação social em saúde em cada momento histórico, em cada produção nacional.

Tabela 1. Produção científica de acordo com números de artigos publicados por década – Brasil e EUA.

Período	Produção brasileira	Produção estadunidense	Total
1950-59	0	1	1
1960-69	0	0	0
1970-79	2	18	20
1980-89	4	15	19
1990-99	8	23	31
2000-09	47	23	70
2010-19	157	96	253
2020-21*	28	44	72
Total	246	220	466

*Na década de 2020, considera-se o período entre 1º de janeiro de 2020 a 12 de agosto de 2021, quando se realizou a coleta de dados.
Fonte: elaborado pelos autores com base no banco de dados.

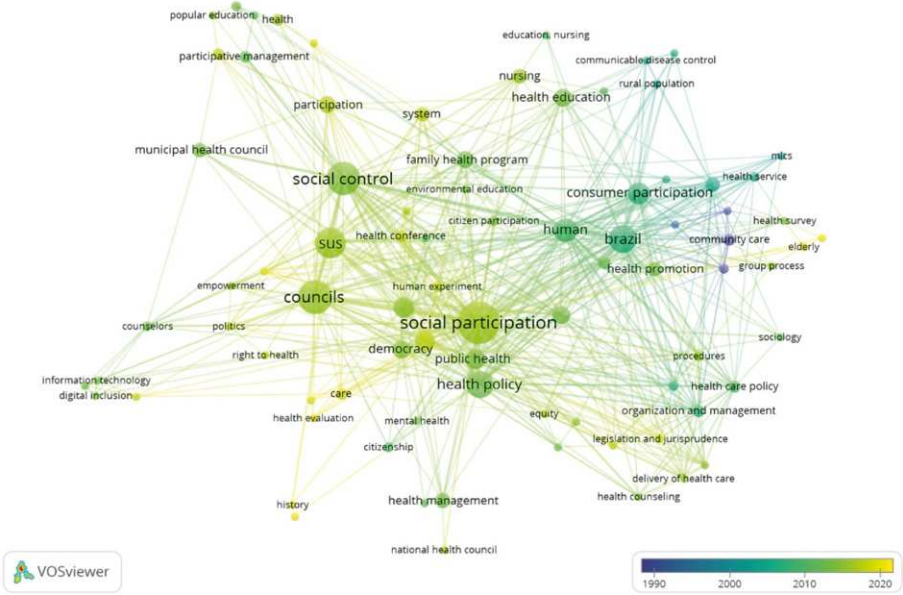
Para a análise da produção nos dois países, optamos por gerar gráficos (*software VOSviewer*) com foco no intervalo entre 1990 e 2020, em que o gradiente de cores se expressa com mais clareza. Foi possível identificar um aumento substancial, a partir da década de 2010, na produção de estudos sobre participação social em saúde nos dois países analisados.

Análise dos principais temas na produção científica brasileira sobre Participação Social em Saúde

O Brasil é o país com maior produção científica sobre participação social em saúde nas Américas. Isso se deve à centralidade da participação da comunidade na trajetória da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), até antes mesmo da criação de seu marco legal com as leis nº 8.080 e nº 8.142/1990. Não por acaso, a produção científica brasileira sobre participação social e saúde se concentra nas décadas de 2000 e 2010, impulsionada pelo crescimento da produção científica em geral e, sobretudo, pelas análises da comunidade científica acerca da efetividade e das questões institucionais relativas à implantação do SUS em seu componente participativo.

Os termos mais recorrentes no caso brasileiro são aqueles mais frequentes na década de 2010, a saber: "*social participation*" em primeiro lugar, "*social control*" em segundo lugar e "*health councils*" em terceiro lugar. Estes estão, também, na posição central do gráfico, o que lhes possibilita conexões com a maior parte dos termos citados. Já na década de 2000, os termos mais citados são "*social control*" seguido de "*consumer participation*" e "*social participation*". Na década de 1990, o termo "*consumer participation*" foi o mais citado, logo depois, em segundo lugar e demonstrando uma forte capacidade de ligação, estão os termos "*communicable disease control*"; "*health education*", "*infection control*" e "*rural population*".

Figura 1. Mapa de co-ocorrência de termos baseado em dados de textos dos títulos e resumos do banco de dados - Produção de autores brasileiros (Overlay Visualization). Counting method: Full Counting; Minimum number of occurrences of a term: 2; Number of terms to be selected: 83; Normalization method: Association Strength (Attraction 2, Repulsion 0); Clustering: Min. cluster size: 1; Peso: Ocurrences.



Fonte: elaborado pelos autores.

A produção brasileira se inicia com artigos publicados ao final dos anos 1970, com foco na participação comunitária em atividades de saúde, em uma comunidade amazônica (Tauil; Azevedo, 1978) e em uma comunidade na cidade do Rio de Janeiro (Sutmoller; Feitosa, 1979). O termo mais frequente nas publicações desta década é "*community health services*" e expressa uma forma de ação em saúde que busca se aproximar das comunidades tendo em vista a melhoria na efetividade do serviço. Na década de 1980, seguem-se artigos teórico-metodológicos também sobre participação comunitária em saúde, sobretudo na atenção primária (Parada, 1980; Vilar; Small; 1983; Dias, 1986) e sobre recursos humanos para os sistemas locais de saúde (Linger, 1989). Em relação aos termos mais comuns nesta década estão: "*community care*" e "*community health services*".

Na década de 1990 vemos maior diversificação temática, com oito artigos publicados. Os artigos apresentam conexões entre os campos da saúde e da educação (Amâncio Filho, 1994; Kisil; Chaves, 1994; Acioli; Carvalho, 1998), o tema da advocacy em saúde (Dallari et all., 1996) e uma análise histórico-institucional do processo de inovação em políticas públicas na construção do SUS (Costa, 1996). Percebe-se também o aparecimento de artigos sobre participação e conselhos (Marino; Ortiga, 1994; Assis; Kantorski; Tavares, 1995; Castro, 1999) indicando a força do tema a partir de meados da década, período de estruturação inicial do SUS. Merece destaque o termo "*social control*" ligado a "*descentralization*" e "*health education*", dando uma ideia da capilarização do SUS articulado à participação institucional, com a criação de milhares de conselhos municipais de saúde no período.

Durante a década de 2000, a produção brasileira teve crescimento substantivo, com a publicação de 47 artigos científicos. Nota-se o aparecimento dos termos: "*family health program*" e "*primary health care*" nesta década. Nos anos 2000 o Brasil promoveu o Programa Saúde da Família até ao ponto de tornar-se Estratégia Saúde da Família em 2006, promovida a partir do governo federal em articulação com estados e municípios. Nessa década, de um lado predomina a participação comunitária relacionada às estratégias de atenção primária à saúde, como no caso da Saúde da Família. De outro lado, temos o termo controle social atrelado aos conselhos de saúde, marcando a permanência de estudos mais ligados ao controle social formal.

É de se notar a considerável quantidade de estudos de caso produzidos pela comunidade acadêmica que tem como objeto de análise conselhos locais e municipais de saúde e sua importância para a constituição dos sistemas locais de atenção básica à saúde (Vázquez et al., 2003; Coelho, 2004; Silva Frazão, 2005; Van Stralen, 2006; Bispo; Sampaio, 2008; Barnes; Coelho, 2009; Oliveira; Almeida, 2009; Cotta; Cazal; Rodrigues, 2009; entre outros trabalhos). Há também um expressivo conjunto de trabalhos dirigido especialmente à descrição e análise de experiências de participação da comunidade na gestão e/ou execução de ações ligadas ao controle de endemias (Ferreira; Veras;

Silva, 2009), ao Programa Saúde da Família (Dias; Amorim, 2005; Campos; Wendhausen, 2007; Melo; Paiva; Flecha, 2008; Trad; Esperidião, 2009; Traverso-Yépez; Morais; Cela, 2009) e mais amplamente ao próprio SUS (Pessoto; Nascimento; Heimann, 2001; Maciel Filho; Araújo Jr., 2002; Bastos; Santos; Tovo, 2009; Shimizu; Lima; Pereira, 2009).

Mas é na década de 2010 que a produção brasileira atinge o seu ápice em quantidade de artigos. De fato, de todos os países das Américas, a produção brasileira é a que apresenta maior número de artigos científicos publicados na amostra analisada, com o total de 157 publicações na década. A maior centralidade é do termo "*social participation*" e seus correlatos "*health councils*" e "*social control*" que se conectam aos termos mais frequentes nas décadas anteriores. Os conselhos são os mecanismos de participação mais pesquisados, com trabalhos analisando experiências municipais (Zambon; Ogata, 2011; Vieira; Calvo, 2011; Duarte; Machado, 2012; Silva et al., 2012; Machado; Lucas, 2013; Kleba; Zampirom; Comerlatto, 2015; Fritzen et al., 2017; Ventura et al., 2018; Magalhães; Xavier, 2019), os conselhos estaduais de saúde (Bispo; Gerschman, 2015; Vilaça; Cavalcante; Moura, 2019); os debates sobre a institucionalização e relação com outras instituições estatais (Cotta; Cazal; Martins, 2010; Landerdhal et al., 2010; Bispo; Gerschman, 2013; Gonçalves et al., 2013; Durán; Gerschman, 2014; Kleba; Zampirom; Comerlatto, 2015; Pereira et al., 2019; Souza; Heller, 2019), a relação dos conselhos com processos educativos em saúde (Cruz et al., 2012) e o ponto de vista dos segmentos de trabalhadores (Martins; Santos, 2012; Kezh; Bogus; Martins, 2016).

Também na década de 2010 foram abundantes os artigos a respeito da participação comunitária. Os trabalhos apresentaram as conexões entre a comunidade e as iniciativas do Programa Saúde da Família (Budó et al., 2010; Barreto et al., 2012; Bispo Júnior; Martins, 2012; Lima; Galimbertti, 2016) e de maneira mais geral, na interação da comunidade com os serviços de saúde a partir de diversas estratégias (Ferreira; Forster; Santos, 2012; Cardoso et al., 2013; Oliveira Neto; Pinheiro, 2013; Lara; Guareschi, 2016; Fernandes; Calado; Araújo, 2018; Melo et al., 2018).

É certo que, em parte dos trabalhos, vemos que a participação comunitária se articula com os espaços institucionais dos conselhos. Mas, na maioria dos artigos, há uma distinção importante entre aqueles que focam nos debates sobre a participação institucional (sobretudo em conselhos municipais de saúde) e aqueles que trabalham mais propriamente as bases comunitárias da ação em saúde. O que vemos é uma literatura que se especializa no tema dos conselhos e outra que dá mais vazão à participação comunitária sem conectá-la aos espaços institucionais de controle social do SUS.

É possível identificar também uma considerável produção de trabalhos que articulam saúde e participação à formação e educação (Silva et al., 2011; Barreto et al., 2012; Cardoso, 2012; Cruz et al., 2012; Lacerda et al., 2014; Vasconcellos; Gomes; Machado, 2014; Falkenberg et al., 2014; Soares, 2016; Piccoli; Kligerman; Cohen, 2017; Zanatta, 2017; Raimondi et al., 2018). Eles se distribuem entre artigos que focam em educação popular e comunitária, mas também em grupos específicos de profissionais da saúde.

Na ainda curta década de 2020, o Brasil registrou a publicação de 28 artigos científicos, considerando 12/08/2021 como data final da realização da pesquisa. Os trabalhos sobre participação social, que têm os conselhos como objeto central permanecem sendo os mais numerosos (Silva; Novais; Zucchi, 2020; Almeida; Vieira; Kashiwakura, 2020; Nunes; Cançado, 2020; Santos et al., 2020; Barddal; Torres, 2020; Almeida, 2020; Bispo Jr.; Serapioni, 2021; Silva; Novais; Zucchi, 2021; Santos; Moreira; Bispo Jr., 2021), com alguns trabalhos também focados nas conferências nacionais de saúde (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020; Bispo Jr.; Morais, 2020; Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

É possível notar novos temas nas publicações desta década, como trabalhos a respeito da performance de enfermeiras/os na pandemia da covid-19 (Martins et al., 2021)[55], sobre saúde indígena (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020; Cardoso, 2020; Pontes; Santos, 2020; Scalco; Nunes; Louvison, 2020), e sobre os direitos das mulheres ligados à saúde (Almeida, 2020).

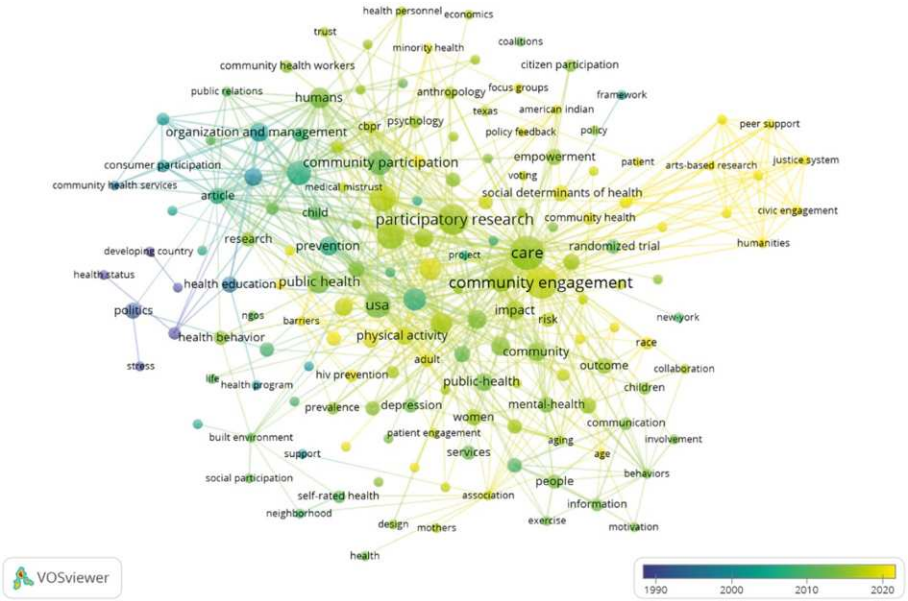
55 Certamente muitos outros trabalhos sobre a covid-19 e a participação foram publicados após o término de nossa pesquisa bibliográfica, ou seja, após agosto de 2021.

Apesar da diversificação da produção brasileira, notadamente a partir da década de 2010, é interessante notar que as publicações sobre participação social em saúde no Brasil permanecem majoritariamente atreladas a aspectos mais relacionados à rede de serviços de saúde, à governança em saúde local e sobretudo ao dito "controle social formal", que diz respeito aos conselhos e conferências como instâncias institucionalizadas de participação no SUS. Esta característica parece ter estreita ligação com o percurso histórico que deu base à constituição ao próprio Sistema Único de Saúde, de modo que estas trajetórias permanecem entrelaçadas.

Análise dos principais temas na produção científica estadunidense sobre Participação Social em Saúde

A produção científica estadunidense sobre participação social e saúde, embora tenha se acentuado desde a década de 2010, vem se desenvolvendo em razoável quantidade desde os anos 1970. Os termos mais recorrentes são relativamente comuns ao longo das décadas, marcadamente "*community participation*", "*community engagemen*t" e "*participatory research*", o que denota uma sensível diferença com relação ao termos mais frequentes no Brasil. Termos como "*community participation*", "*education*", "*health promotion*", "*prevention*" e "*primary health care*" foram marcantes nos anos 1990 e, desde o final da década de 2010, vemos termos novos aparecerem com força, como "*health disparities*", "*health equity*", "*social determinants of health*", "*minority health*" e "*decolonization*". Fato que indica um progressivo deslocamento temático, com o fortalecimento de temas antes marginais, notadamente ligados às discussões sobre direitos e desigualdades em saúde. De modo geral também, a produção estadunidense é mais diversa que a brasileira.

Figura 2. Mapa de co-ocorrência de termos baseado em dados de textos dos títulos e resumos do banco de dados - Produção de autores estadunidenses (Overlay Visualization). Counting method: Full Counting; Minimum number of occurrences of a term: 2; Number of terms to be selected: 162; Normalization method: Association Strength (Attraction 3, Repulsion -2); Clustering: Min. cluster size: 1; Peso: Ocurrences.



Fonte: elaborado pelos autores.

Embora tenhamos identificado um primeiro artigo sobre nosso tema já em 1956 (Purdom; Shiffman; Zimet, 1956) - sobre a participação da comunidade no planejamento e implementação de um programa de saúde ambiental do Departamento de Saúde Pública da Filadélfia - será apenas nos anos 1970 que a produção sobre participação social e saúde irá se firmar nos EUA, com a publicação de 18 artigos científicos. As publicações desta década estão relacionadas a quatro conceitos principais mais citados: "*community participation*", "*social participation*", "*social control*" e "*consumer participation*" e abordam questões referentes à Atenção Primária a Saúde, determinantes sociais da saúde, conselhos de saúde e políticas de participação, governança e democracia, cidadania, educação em saúde, saúde mental, saúde da mulher, dentre outros. Os trabalhos se desenvolvem, sobretudo, a partir das ideias de

participação comunitária e/ou participação cidadã. Essa é uma característica forte do estudos desse período nos Estados Unidos. É expressiva a quantidade de trabalhos que relacionam participação comunitária e saúde mental (Bertelsen; Harris, 1973; Dudley, 1975; Davis; Specht, 1978; Pargament; Habib; Antebi, 1978; Dorwart; Meyers; Norman, 1979; Pinto; Fiester, 1979), o que certamente é um indicador das conexões entre esses dois campos nas ações de saúde naquele período e nos anos anteriores.

No que se refere à década de 1980, foram identificados 15 artigos de autoria estadunidense, que se dedicam, em sua grande parte, a análises de experiências de saúde de outros países das Américas, como Guatemala (Paul; Demarest, 1984), Nicarágua (Garfield; Vermund, 1986), República Dominicana (Gordon, 1988) e Costa Rica (Morgan, 1989), dentre outros trabalhos ligados a pesquisas sobre a realidade latino-americana (Ugalde, 1985) e caribenha (Arambulo et al. 1986). Entre os termos mais citados estão: "*community care*", "*organization and management*", "*health education*", "*prevention*", "*community health services*" e "*consumer participation*". Encontramos ainda conceitos relacionados a controle de doenças, doenças infecciosas, saúde rural, trabalhadores da agricultura, saúde urbana, bem como a associação com termos que remetem a aspectos sociais, econômicos e de desenvolvimento dos países, o que pode sugerir uma correlação nas publicações desta década entre o desenvolvimento dos países e um acometimento maior de doenças infecciosas predominantes nesse período.

Na década de 1990, identificamos 22 artigos publicados. A julgar pela análise de co-ocorrência de palavras, há uma ênfase na visibilização de experiências de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco ao adoecimento e de uma orientação de intervenção em saúde centrada nos cuidados primários, isto é, uma diversificação temática maior do que nas décadas anteriores. Os trabalhos, de maneira geral, baseiam-se em estudos de caso sobre modalidades de participação comunitária, com um conjunto expressivo deles realizados sobre países latino-americanos como Cuba (Iatridis, 1990), México (Sherraden, 1991), El Salvador (Smith Nonini, 1997)

e um estudo comparativo sobre Peru e Gana (Schuler, 1999). Também há estudos ocorridos nos próprios Estados Unidos (Plough; Olafson, 1994; Dorfman, 1995; May; Mendelson; Ferketich, 1995; Denham; Quinn; Gamble, 1998; Neuhauser et al., 1998).

Na década de 2000, a produção estadunidense manteve-se em 23 artigos científicos publicados. Alguns termos novos merecem destaque: "*ethnic difference*"; "*race difference*"; "*african american*"; "*minority groups*"; "*feminism*"; "*emigrants and immigrants*". O aparecimento destes termos indica que os temas relacionados às desigualdades étnico-raciais, de gênero e de origem passam a ganhar força. É notável que muitos trabalhos substituem o termo "*community participation*" por "*community engagement*". Isso fica explícito nos artigos mais ao final da década (Schoch-Spana et al., 2007; Bess et al., 2009; Michener et al., 2009; Ochoa; Nash, 2009; Pollock, 2009). Um dos trabalhos utiliza o termo "*community involvement*" (Hull et al., 2008)[56].

Identificamos a publicação de 96 artigos científicos na década de 2010. Nota-se a força do conceito "*community engagement*" ao lado de "*participatory research*" e "*health disparities*". É um período de produção extremamente diversa, mas com especificidades importantes com relação às décadas anteriores. O que mais se ressalta são artigos sobre práticas de pesquisa acadêmica articuladas à participação ou engajamento comunitário, em temas como meio ambiente e saúde infantil (Brenner; Manice, 2011), infraestrutura de saúde (Lindau et al., 2011), saúde de pessoas idosas (Radda; Schensul, 2011), a própria prática de pesquisa deste gênero (Michener et al., 2012), trabalhadores da saúde (Smith; Blumenthal, 2012), planejamento estratégico (Cook et al., 2013), comunidades rurais (Davis et al., 2014), subrepresentação de minorias raciais em práticas de pesquisa em saúde (Stewart et al., 2015), formação profissional (Redman et al., 2017), combate a desigualdades de raça e gênero (Brown Speights et al., 2017), estratégias de linguagem em saúde (Page-Reeves; Regino, 2018), promoção de equidade em saúde comportamental (Arevian et al., 2018); clínica em saúde mental (Desai et al., 2019). Essa é a mais importante novidade desta década na literatura

56 Não temos condições, nesse capítulo, de explorar as motivações dessa alteração de termos - a passagem de "participation" para "engagement". Discutiremos esse ponto em trabalho em elaboração.

estadunidense: o desenvolvimento de um denso campo de pesquisa cuja força em termos epistemológicos e metodológicos está no vínculo com as comunidades.

Além disso, permanecem os trabalhos que, sem necessariamente se vincularem metodologicamente à participação comunitária, tem nela seu foco de pesquisa. Nesse sentido, trata-se de apontar os ganhos da participação direta das comunidades em ações que lhes trazem benefícios relacionados à saúde coletiva. Isso pode ser observado com relação a comunidades de mulheres afroamericanas (Fothergill et al., 2011), à diminuição de obesidade infantil (Corsino et al., 2013), ao estabelecimento de plataformas digitais que facilitem a participação das comunidades (Millery et al., 2015), à implementação de instituições específicas para o desenvolvimento de capacidades junto às comunidades (Smallwood et al., 2015) e de profissionais formados para as práticas comunitárias de saúde (Alicea-Alvarez et al., 2016), à saúde sexual, reprodutiva e materna (Kuhlmann; Altman; Galavotti, 2016), à saúde mental (Puga; Dorough; Rice, 2017), à saúde cardiovascular (English et al., 2018; Ceasar et al., 2019), entre outros trabalhos.

Na década de 2020, até a data de 12 de agosto de 2021, foram publicados 44 artigos de autoria estadunidense. Permanece a força dos termos "*community engagement*", "*participatory research*" e "*health disparities*", que estão entre os mais citados. Novamente as reflexões sobre as pesquisas realizadas com base participativa se colocam, com trabalhos sobre saúde escolar (McMullen et al., 2020), a busca de equidade no período da caovid-19 (Carson et al., 2020), a respeito dos princípios desse tipo de pesquisa (Brakman, 2020), sobre o uso de pesquisa participativa em centros de pesquisa sobre minorias populacionais (Akintobi et al., 2021) e junto aos veteranos de guerra (Franco et al., 2021). A intensidade dos trabalhos apresentados sobre "*community-based participatory research*" é tamanha que também identificamos um artigo que produz reflexões sobre a "hegemonia" deste tipo de metodologia para a pesquisa sobre desigualdades em saúde (Alang; Batts; Letcher, 2021).

Além da repetição de padrão em relação à década anterior, as publicações destas décadas mais recentes indicam o fortalecimento de pautas ligadas à

discussão sobre desigualdades e iniquidades em saúde e à ideia de engajamento comunitário. Esse fato que se dá em detrimento daquelas discussões iniciais mais ligadas à ideia de prevenção e promoção da saúde. Cabe destacar ainda o aparecimento de estudos sobre covid-19 e participação social.

Considerações finais

Buscamos, a partir das reflexões propostas nesse capítulo, localizar o surgimento do debate sobre participação social e saúde, como ele evoluiu e quais os principais temas mobilizados na produção de autores situados no Brasil e nos Estados Unidos. As produções se iniciam por volta da década de 1970 nos dois países e, até a década de 1990, a produção estadunidense suplanta a brasileira em termos quantitativos. Inicialmente, a literatura dos EUA relaciona fortemente o campo da participação comunitária ao segmento da saúde mental. Nas décadas de 1980 e 1990, o campo se diferencia com ênfase às pesquisas sobre a participação como elemento articulador de iniciativas em saúde pública em países latino-americanos.

Na década de 2000, a produção brasileira ultrapassa quantitativamente a produção estadunidense, com o dobro de artigos publicados. Aquela produção se fortalece com o advento do SUS e a relevância dos temas em torno do "controle social formal", com um conjunto bastante expressivo de trabalhos a respeito das experiências de conselhos de saúde nas três esferas da federação, bem como das conferências nacionais - sobretudo ao fim da década. Embora essa seja esse o principal diferencial da produção brasileira, também há dezenas de trabalhos que relacionam diretamente a participação comunitária com a formulação e execução de políticas de saúde. Esses dois vetores - por um lado, controle social formal em conselhos e conferências, e por outro lado, a participação "direta" na política pública - se estabelecem nos anos 2000 e permanecem fortes ao longo das décadas seguintes, inclusive com a triplicação do quantitativo de trabalhos na década de 2010, comparada à década anterior.

No caso estadunidense não há produção substantiva sobre "controle social formal". Não há nada comparado ao SUS nos Estados Unidos, muito menos em sua dimensão de participação institucional. Na década de 2000, a produção estadunidense se desloca da ênfase em estudos de caso sobre as estratégias de saúde pública participativa em países latino-americanos para estudos mais atentos às minorias populacionais, às questões de gênero, raciais e às populações imigrantes. Essa guinada se amplia para as ideias das desigualdades em saúde e dos determinantes sociais da saúde. Ao final da década, reforça-se o uso do termo «engajamento comunitário", o que pode denotar uma perspectiva mais ativa do que o termo "participação comunitária".

Porém, o que realmente diferencia a produção estadunidense, principalmente a partir dos anos 2010, é o vínculo entre a ideia do engajamento comunitário e da pesquisa participativa. Há uma produção bastante vigorosa nos EUA a partir dessa perspectiva, com uma verdadeiramente ampla gama de temas que articulam o método de pesquisa ao próprio engajamento da comunidade para a resolução de problemas de saúde pública, sobretudo quanto ao aspecto das desigualdades.

O tema da participação social e saúde permanece forte na literatura dos dois países pesquisados. Embora seja possível perceber eixos estruturantes no debate no Brasil (controle social formal) e nos Estados Unidos (engajamento comunitário e pesquisa participativa), há também diversificação conceitual e atualização temática. A literatura no campo se vincula com facilidade aos novos temas, como o debate sobre os determinantes sociais da saúde, as lutas anti-segregacionistas e, mais recentemente, o combate à covid-19.

Este capítulo buscou apenas apresentar os termos principais da literatura sobre participação e saúde nos dois países. Compreendemos que tal esforço abre caminhos interessantes de análise das especificidades das experiências e de suas transformações ao longo das décadas recentes. Pensar na produção acadêmica como um *proxy* das experiências nacionais nos ajuda a estabelecer desafios não apenas no campo da pesquisa acadêmica, mas sobretudo no que podemos avançar no aperfeiçoamento das iniciativas em políticas públicas de

saúde que sejam tanto mais efetivas quanto mais se articularem à participação da sociedade na sua elaboração, execução e controle.

Referências

Rifkin, S. B. Translating Rhetoric to Reality: A review of community participation in health policy over the last 60 years. 2012. Disponível em: https://www.wzb.eu/system/files/docs/dsi/af/rifkin_2012_rhetoric_to_reality_a_review_of_cp_and_health_policy.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

Literatura da produção brasileira citada

Abrunhosa, M.; Machado, F.; Pontes, A. From participation to social control: reflections based on the indigenous health conferences. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584. Acesso em: 10 maio 2023.

Acioli, M.; Carvalho, E. Discourses and practices concerning the social participation process in health education activities: community mobilization in the PCDEN/PE. Programa de Controle das Doenças Endêmicas do Nordeste/Pernambuco. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 14, suppl. 2, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600005. Acesso em: 10 maio 2023.

Almeida, D. R. Institucional resilience: where does participation go in the national councils of health and women's rights?. **Cadernos CRH**, 33, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.33281. Acesso em: 10 maio 2023.

Almeida, D.; Vieira, A.; Kashiwakura, G. 2020. Participatory institutions and repertoires of interaction: the national councils of health and social assistance in impeachment contexto. **Revista do Serviço Público**, v. 71, n. 1, p. 140-70, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.21874/rsp.v71i1.3516. Acesso em: 10 maio 2023.

Amâncio Filho, A. Making the systems of education and health a preliminar aprroach. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 18, n. 3, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v18.3-003. Acesso em: 10 maio 2023.

Assis, M.; Kantorski, L.; Tavares, J. L. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 4, 1995. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71671995000400003. Acesso em: 10 maio 2023.

Barddal, F.; Torres, R. Effectiveness of citizen participation in the municipal councils of Curitiba. Urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 12, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-3369.012.e20190045. Acesso em: 10 maio 2023.

Barnes, M.; Coelho, V. S. Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. **Health Expectations**, v. 12, n. 3, p. 221-236, 2009. Disponível em: 10.1111/j.1369-7625.2009.00563.x. Acesso em: 10 maio 2023.

Barreto, I. et al. Participatory Management in SUS through Integrating Education, and Community Service. The Experience of a Family Health League as a Project of University Extension in Fortaleza-Ceara. **Saúde e Sociedade**, v. 21, suppl. 1, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500007. Acesso em: 10 maio 2023.

Bastos, F. A.; Santos, E.; Tovo, M. F. Social Capital and the National Health System (SUS) in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200002. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr., J. P.; Gerschman, S. Participatory potential and deliberative function: a debate on broadening the scope of democracy through the health councils. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr., J. P.; Gerschman, S. The legitimacy of representation in forums with social participation: the case of the Bahia State Health Council, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00086214. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr. J. P.; Martins, P. C. Community engagement in Family Health Strategy: Dilemmas between institutionalization and effective participation. **Physis**, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400004. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr., J. P.; Morais, M. B. Democracy and health: reflections and challenges before the 16th Brazilian National Health Conference. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001713. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr., J. P.; Sampaio, J. C. Social participation in health in rural northeastern Brazil. **Revista Panamericana De Salud Pública**, v. 23, n. 6, p. 403-9, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000600005. Acesso em: 10 maio 2023.

Bispo Jr., J. P.; Serapioni, M. Community participation: lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. **Journal of Global Health**, v. 11, 2021. Disponível em: 10.7189/jogh.11.03061. Acesso em: 10 maio 2023.

Budó, M. et al. Social networks and participation in a community referenced to a family health care unit. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400020. Acesso em: 10 maio 2023.

Campos, L.; Wendhausen, A. Participation in health care: concepts and practices of workers in a Family Health care strategy team. **Texto & Contexto** - Enfermagem, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200009. Acesso em: 10 maio 2023.

Cardoso, I. M. 'Circles of Permanent Education' in Primary Health Care: analysis of their contributions. **Saúde e Sociedade**, v. 21, suppl. 1, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002. Acesso em: 10 maio 2023.

Cardoso, L. S. et al. Health promotion and community participation in organized local groups. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 66, n. 6, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018. Acesso em: 10 maio 2023.

Cardoso, M. The sound of maracas (tribute to Ailton Krenak): indigenous medical practices and public health. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200364. Acesso em: 10 maio 2023.

Castro, R. Gênero e participação cidadã para o desenvolvimento local: os conselhos municipais de Salvador Bahia. **Organizações & Sociedade** [online], v. 6, n. 16, p. 129-151, 1999. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1984-92301999000300010. Acesso em: 10 maio 2023.

Coelho, V. S. Brazil's health councils: The challenge of building participatory political institutions.

IDS Bulletin-Institute Of Development Studies, v. 35, n. 2, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2004.tb00119. Acesso em: 10 maio 2023.

Costa, N. Policy innovation, distributivism, and crisis: Health-care policy in the 1980s and 1990s. **Dados**, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0011-52581996000300007. Acesso em: 10 maio 2023.

Cotta, R. M.; Cazal, M.; Martins, P. C. Municipal Health Council: (re)thinking the gap between the institutional pattern and the space of social participation. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018. Acesso em: 10 maio 2023.

Cotta, R. M.; Cazal, M.; Rodrigues, J. F. Participation, social control and exercise of citizenship: (dis)information as an obstacle to health counselors. **Physis**, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200010. Acesso em: 10 maio 2023.

Cruz, P. J. et al. Challenges for Popular Participation in Health Issues: reflections based on popular education in the development of a local health council in communities at João Pessoa-PB. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400025. Acesso em: 10 maio 2023.

Dallari, S. et. al. Health advocacy in contemporary Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 30, n. 6, 1996. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000600014. Acesso em: 10 maio 2023. Dias, J. C. Consumer participation in health programs. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, v. 38, p. 103-10, 1986.

Dias, M. A.; Amorim, W. M. Managerialstrategies in the implantation of family health program. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000500003. Acesso em: 10 maio 2023.

Duarte, E. B.; Machado, M. F. The exercise of community participation in the sphere of Canindé's Municipal Council of Health. **Saúde e Sociedade,** v. 21, sup. 1, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500011. Acesso em: 10 maio 2023.

Durán, P. R.; Gerschman, S. Challenges of social participation in health councils. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012. Acesso em: 10 maio 2023.

Falkenberg, M. et al. 2014. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013. Acesso em: 10 maio 2023.

Fernandes, L.; Calado, C.; Araújo, C. Social networks and health practices: influence of a diabetes online community on adherence to treatment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14122018. Acesso em: 10 maio 2023.

Ferreira, I. T.; Veras, M. A.; Silva, R. A. Community participation in dengue control: an analysis of the sensitivity of municipal health plans in the State of Sao Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200015. Acesso em: 10 maio 2023.

Ferreira, J.; Forster, A.; Santos, J. S. Reshaping interaction between professional training, health services, and the community. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, 1 suppl. 1, 202.

Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017. Acesso em: 10 maio 2023.

Fritzen, A. et al. Social control and Municipal Councils: The case of the Municipal Health Council of Santa Rosa/RS. **Espacios**, v. 38, n. 3, 2017.

Gonçalves, R. S. et. al. Healthcare councils and social control: a comparative study of the accountability reports by State Healthcare Secretariats. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400004. Acesso em: 10 maio 2023.

Kezh, N.; Bogus, C.; Martins, C. Barriers to social participation of workers' representatives in the municipal council of health. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016166156. Acesso em: 10 maio 2023.

Kisil, M.; Chaves, M. Linking the University with the community and its Health System. **Medical Education**, v. 28, n. 5, p. 343-9, 1994. Disponível em: 10.1111/j.1365-2923.1994.tb02544.x. Acesso em: 10 maio 2023.

Kleba, M. E.; Zampirom, K.; Comerlatto, D. Decision-making and its impact on Public Policy Management: challenges of a Municipal Health Council. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013. Acesso em: 10 maio 2023.

Lacerda, D. A. et al. Popular education and social control in worker health: Challenges based on experience. **Interface - Comunição, Saúde, Educação**, v. 18, suppl. 2, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0499. Acesso em: 10 maio 2023.

Landerdhal, M. C. et al. Resolutions of the Health Council: Instrument of social control or bureaucratic document?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500017. Acesso em: 10 maio 2023.

Lara, L.; Guareschi, N. The Forum for Defence of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde) and its role in building community participation in the fight against the privatization of health**. Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1359105316628745. Acesso em: 10 maio 2023.

Lima, F. A.; Galimbertti, P. A. Senses of social participation in health for community leaders and professionals of the family health strategy in the territory of Vila União, Sobral-CE, Brazil. **Physis**, v. 26, v. 1, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010. Acesso em: 10 maio 2023.

Linger, C. Recursos humanos para los sistemas locales de salud. **Educación Médica y Salud**, v. 23, n. 3, p. 229-46, 1989.

Machado, J. D.; Lucas, S. D. Analysis of the resolutions of Belo Horizonte's Municipal Health Council between 1991-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800025. Acesso em: 10 maio 2023.

Maciel Filho, R.; Araújo Jr., J. L. Discussing community participation in health: An approach from the Brazilian experience. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 2, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000200002. Acesso em: 10 maio 2023.

Magalhães, F. P.; Xavier, W. Social control in participatory process: a case study of the municipal health council in Juiz de Fora - MG. REAd. **Revista Eletrônica de Administração** (Porto Alegre), v. 25, n. 1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-2311.233.87813. Acesso em: 10 maio 2023.

Marino, S. R.; Ortiga, A. Enfermagem e instâncias colegiadas de decisão: um estudo da representação da enfermagem nos Conselhos Municipais de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 47, n. 2, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71671994000200002. Acesso em: 10 maio 2023.

Martins, A.; Santos, S. Exercise of social control in Brazilian's National Health System: Nurses' point of view as a member of Local Health Council. **Saúde e Sociedade**, v. 21, sup. 1, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500017. Acesso em: 10 maio 2023.

Martins, A. et al. Social control and nursing performance in defense of life in the covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, suppl. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1310. Acesso em: 10 maio 2023.

Melo, E. M. et al. Organization of Primary Health Care in cities belonging to Project for Expansion and Consolidation of the Family Health Strategy in Mato Grosso State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p. 529-41, 2008.

Melo, P. et al. Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study. **Revista de Enfermagem Referência**, IV, n. 19, p. 81-90, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.12707/RIV18045. Acesso em: 10 maio 2023.

Nunes, C.; Cançado, A. Local development and social control: observations on public health policy councils in Brazil and Tocantins. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 14, 2020.

Oliveira Neto, A.; Pinheiro, R. 2013. What does health have to do with community radio? An analysis of an experience in Nova Friburgo - State of Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 2, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200024. Acesso em: 10 maio 2023.

Oliveira, M. L.; Almeida, E. S. Social Control and Participatory Management in Public Health at Healthcare Units in Campo Grande, MS, Brazil, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100014. Acesso em: 10 maio 2023.

Parada, J. C. A participação comunitária em programas de saúde escolar: ensaio metodológico. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 89, n. 2, p. 106-112, 1980.

Pereira, I. P. et al. Public prosecutor's office and social control in the National Unified Health System: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16552017. Acesso em: 10 maio 2023.

Pessoto, U. C.; Nascimento, P. R.; Heimann, L. S. Shared local health system management and community participation in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100009. Acesso em: 10 maio 2023.

Piccoli, A.; Kligerman, D.; Cohen, S. Policies in health, sanitation, and education: Trajectory of social participation in collective health. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160043. Acesso em: 10 maio 2023.

Pontes, A.; Santos, R. Health reform and indigenous health policy in brazil: contexts, actors and discourses. **Health Policy and Planning**, v. 35, suppl. 1, p. 107-14, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapol/czaa098. Acesso em: 10 maio 2023.

Raimondi, G. et al. Intersector Integration and Popular Education in Health: in the SUS with Schools and in Schools with the SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, 2018.

Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170043. Acesso em: 10 maio 2023.

Ricardi, L.; Shimizu, H.; Santos, L. Health conferences: metasynthesis of good practices, obstacles and recommendations based on experiences in Brazil, 1986-2016. **Saúde e Sociedade,** v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181084. Acesso em: 10 maio 2023.

Santos, C. L. et al. Health councils and dissemination of sus management instruments: an analysis of portals in brazilian capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019. Acesso em: 10 maio 2023.

Scalco, N.; Nunes, J.; Louvison, M. Social control in the indigenous health care subsystem: a silenced structure. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200400. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva, R.; Novais, M.; Zucchi, P. Social participation: a look at the representativeness of health councils in Brazil, from resolution 453/2012. **Physis**, v. 31, n. 2, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310210. Acesso em: 10 maio 2023.

Shimizu, H. E.; Lima, G.; Pereira, M. F. 2009. Local health governance in central Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 132-140. Disponível em: 10.1097/JAC.0b013e3181994154. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva Frazão, I.; Silva Diniz A.; Benjamin, A. F. Social participation in health to Camaragibe city's users. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, v. 4, n. 2, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.17665/1676-4285.20054866. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva, L. A. et al. 2011. Educational conceptions that permeate regional health continued-education plans. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200017. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva, L. M. et al. Organization and functioning of the health councils and the participative management, Fortaleza-CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, sup. 1, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500010. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva, R.; Novais, M.; Zucchi, P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the unified health system. **Clinics**, v. 75, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1443. Acesso em: 10 maio 2023.

Silva, R.; Novais, M.; Zucchi, P. Social participation: a look at the representativeness of health councils in Brazil, from resolution 453/2012. **Physis**, v. 31, n 2, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310210. Acesso em: 10 maio 2023.

Soares, M. L. Knowledge production on community education and audiology in primary health care. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 3, p. 789-99, 2016. Disponível em: 10.1590/1982-0216201618320415. Acesso em: 10 maio 2023.

Souza, C.; Heller, L. Deliberative effectiveness in municipal sanitation and health councils: a study in Belo Horizonte-MG and in Belém-PA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.03632018. Acesso em: 10 maio 2023.

Sutmöller, I.; Feitosa, J. V. Community participation at a community health outpost. **Bulletin of**

the Pan American Health Organization, v. 13, n. 4, p. 391-8, 1979.

Tauil, M. C.; Azevedo, A. C. Community participation in health activities in an Amazon community of Brazil. **Bulletin of the Pan American Health Organization**, v. 12, n. 2, p. 95-103, 1978.

Trad, L.; Esperidião, M. Participative management and co-responsibility in healthcare: Limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. **Interface**, v. 13, sup. 1, 209. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008. Acesso em: 10 maio 2023.

Traverso-Yépez, M.; Morais, A. S.; Cela, M. Discoursive constructions regarding health care consumers of the Family Health Program (FHP). **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p. 364-79, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200012. Acesso em: 10 maio 2023.

Van Stralen, C. J. et al. Health Councils: Effectiveness of social control in municipalities of Goiás and Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 13, p. 621-632, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300011. Acesso em: 10 maio 2023.

Vasconcellos, L. C.; Gomes, C.; Machado, J. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014. Acesso em: 10 maio 2023.

Vázquez, M. L. et al. Social participation in health services: concepts of users and community leaders in two municipalities of Northeastern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, abr. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025. Acesso em: 10 maio 2023.

Ventura, C. A. et al. Scope and Limitations of Municipal Health Councils: A Case Study. **World Medical & Health Policy**, v. 10, p. 65-82, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1002/wmh3.259. Acesso em: 10 maio 2023.

Vieira, M.; Calvo, M. C. Effectiveness of community participation in Municipal Health Councils in Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, 2011. Disponível em: Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200004. Acesso em: 10 maio 2023.

Vilaça, D.; Cavalcante, D.; Moura, L. Brazilian Federal District Health council actions regarding the Primary Health Care reform, 2016 to 2018: case study. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 6, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08962019. Acesso em: 10 maio 2023.

Vilar, R. L.; Small, M. A. Evaluation of a program of primary health care in a part-urban area. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p 199-212, abr./jun. 1983.

Zambon, V. D.; Ogata, M. N. Municipal Health Council Compositions in the State of Sao Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 886-92, 2011.

Zanatta, L. Sex education through popular education for health in a Brazilian rural social movement. *Gaceta Sanitaria*, v. 31, n. 3, p. 246-49, 2017. Disponível em: 10.1016/j.gaceta.2016.07.021. Acesso em: 10 maio 2023.

Literatura da produção estadunidense citada

Akintobi, T. et al. Community Engagement Practices at Research Centers in US Minority Institutions: Priority Populations and Innovative Approaches to Advancing Health Disparities Research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 12, p. 6675, 2021. Disponível em: 10.3390/ijerph18126675. Acesso em: 10 maio 2023.

Alang, S.; Batts, H.; Letcher, A. Interrogating academic hegemony in community-based participatory research to address health inequities. **Journal of Health Services Research & Policy,** v. 26, n. 3, p. 215-20, 2021. Disponível em: 10.1177/1355819620963501. Acesso em: 10 maio 2023.

Alicea-Alvarez, N. et al. Impacting Health Disparities in Urban Communities: Preparing Future Healthcare Providers for "Neighborhood-Engaged Care" Through a Community Engagement Course Intervention. **Journal of Urban Health**, v. 93, n. 4, p. 732-43, 2016. Disponível em: 10.1007/s11524-016-0057-6. Acesso em: 10 maio 2023.

Arambulo, P.; Rojas Aleta, I.; Vallenas, A. Community participation in veterinary public health and animal health in the Caribbean: results of a preliminary survey. **International Journal of Zoonoses**, v. 13, n. 3, p. 162-73, 1986.

Arevian, A. et al. The Community and Patient Partnered Research Network (CPPRN): Application of Patient-Centered Outcomes Research to Promote Behavioral Health Equity. **Ethnicity & Disease,** v. 28, Suppl 2, p. 295-302, 2018. Disponível em: 10.18865/ed.28.S2.295. Acesso em: 10 maio 2023.

Bertelsen, K.; Harris, M. Citizen Participation in development of a Community Mental Health Center. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 24, n. 8, p. 553-6, 1973. Disponível em: 10.1176/ps.24.8.553. Acesso em: 10 maio 2023.

Bess, K. et al. Participatory organizational change in community-based health and human services: from tokenism to political engagement. **American Journal of Community Psychology**, v. 43, n. 1-2, p. 134:48, 2009. Disponível em: 10.1007/s10464-008-9222-8. Acesso em: 10 maio 2023.

Brakman, S. V. Guiding Principles of Community Engagement and Global Health Research: Solidarity and Subsidiarity. **The American Journal Of Bioethics**, v. 20, n. 5, p. 62-64, 2020.

Brenner, B.; Manice, M. 2011. Community Engagement in Children's Environmental Health Research. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, 78 (1): 85-97. doi: 10.1002/msj.20231. Acesso em: 10 maio 2023.

Brown Speights, J. et al. Engaging African American women in research: an approach to eliminate health disparities in the African American community. **Family Practice**, v. 34, n. 3, p. 322-29, 2017. Disponível em: 10.1093/fampra/cmx026. Acesso em: 10 maio 2023.

Carson, S. et al. Reflections on the Importance of Community-Partnered Research Strategies for Health Equity in the Era of COVID-19. **Journal of Health Care For The Poor And Underserved,** v. 31, n. 4, p. 1515-19, 2020. Disponível em: 10.1353/hpu.2020.0112. Acesso em: 10 maio 2023.

Ceasar, J. et al. Community engagement in the development of an mHealth-enabled physical activity and cardiovascular health intervention (Step It Up): Pilot focus group study. **JMIR Formative Research**, v. 3, n. 1, e10944, 2019. Disponível em: 10.2196/10944. Acesso em: 10 maio 2023.

Cook, D. et al. A Systematic Strategic Planning Process Focused on Improved Community Engagement by an Academic Health Center: The University of Kansas Medical Center's Story. **Academic Medicine**, v. 88, n. 5, p. 614-19, 2013. Disponível em: 10.1097/ACM.0b013e31828a3ba4. Acesso em: 10 maio 2023.

Corsino, L. et al. Achieving health for a lifetime: a community engagement assessment focusing on school-age children to decrease obesity in Durham, North Carolina. **North Carolina Medical Journal,** v. 74, n. 1, p. 18-26, 2013.

Davis, M. et al. Engaging the Underserved: A Process Model to Mobilize Rural Community Health Coalitions as Partners in Translational Research. **Clinical and Translational Science**, v. 7, n. 4, p. 300-6, 2014. Disponível em: 10.1111/cts.12168. Acesso em: 10 maio 2023.

Davis, T.; Specht, P. Citizen Participation in Community Mental-Health Programs: A Study in Intergroup Conflict and Cooperation. **Group & Organization Management**, v. 3, n. 4, 1978. Disponível em: https://doi.org/10.1177/105960117800300409. Acesso em: 10 maio 2023.

Denham, A.; Quinn, S.; Gamble, D. Community organizing for health promotion in the rural south: An exploration of community competence. **Family & Community Health**, v. 21, n. 1, p. 1-21, 1998.

Desai, M. et al. "If You Want to Know About the Book, Ask the Author": Enhancing Community Engagement Through Participatory Research in Clinical Mental Health Settings. **Behavioral Medicine**, v. 45, n. 2, p. 177-87, 2019. Disponível em: 10.1080/08964289.2019.1587589. Acesso em: 10 maio 2023.

Dorfman, L. Health, financial status, and social participation of retired rural men and women: implications for educational intervention. **Educational Gerontology,** v. 21, n. 7, p. 653-79, 1995. Disponível em: https://doi.org/10.1080/0360127950210702. Acesso em: 10 maio 2023.

Dorwart, R.; Meyers, W.; Norman, E. 1979. Effective Citizen Participation in Mental-Health: comparative case studies. **Public Health Reports**, v. 94, n. 3, p. 268-74, 1979.

Dudley, J. Citizens' boards for Philadelphia community mental health centers. **Community Mental Health Journal**, v. 11, n. 4, p. 410-7, 1975. Disponível em: 10.1007/BF01419664. Acesso em: 10 maio 2023.

English, A. et al. A Community Engagement Method to Design Patient Engagement Materials for Cardiovascular Health. **Annals of Family Medicine**, v. 16, Suppl. 1, p. S58-S64, 2018. Disponível em: 10.1370/afm.2173. Acesso em: 10 maio 2023.

Fothergill, K. et al. Effects of social integration on health: A prospective study of community engagement among African American women. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 2, p. 291-98, 2011. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2010.10.024. Acesso em: 10 maio 2023.

Franco, Z. et al. Veterans Health and Well-Being—Collaborative Research Approaches: Toward Veteran Community Engagement. **Journal Of Humanistic Psychology,** v. 61, n. 3, p. 287-312, 2021. Disponível em: 10.1177/0022167820919268. Acesso em: 10 maio 2023.

Garfield, R.; Vermund, S. Health education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. **Social Science & Medicine**, v. 22, n. 8, p. 869-77, 1986. Disponível em: 10.1016/0277-9536(86)90241-8. Acesso em: 10 maio 2023.

Gordon, J. Mixed strategies in health education and community participation: An evaluation of

dengue control in the Dominican Republic. **Health Education Research,** v. 3, n. 4, p. 399-420, 1988. Disponível em: https://doi.org/10.1093/her/3.4.399. Acesso em: 10 maio 2023.

Hull, P. et al. Community involvement and adolescent mental health: moderating effects of race/ethnicity and neighborhood disadvantage. **Journal of Community Psychology**, v. 36 n. 4, p. 534-51, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jcop.20253. Acesso em: 10 maio 2023.

Iatridis, D. Cubas health care policy: prevention and active community participation. **Social Work**, v. 35, n. 1, p. 29-35, 1990.

Kuhlmann, A.; Altman, L.; Galavotti, C. The importance of community mobilization in interventions to improve sexual, reproductive, and maternal health outcomes: A review of the evidence. **Health Care for Women International**, v. 37, n. 10, p. 1028-66, 2016. Disponível em: 10.1080/07399332.2016.1141911. Acesso em: 10 maio 2023.

Lindau, S. et al. Building community-engaged health research and discovery infrastructure on the South Side of Chicago: science in service to community priorities. **Preventive Medicine**, v. 52, n. 3-4, p. 200-7, 2011. Disponível em: 10.1016/j.ypmed.2011.01.001. Acesso em: 10 maio 2023.

May, K.; Mendelson, C.; Ferketich, S. Community Empowerment in Rural Health Care. **Public Health Nursing**, v. 12, n. 1, p. 25-30, 1995. Disponível em: 10.1111/j.1525-1446.1995.tb00119.x. Acesso em: 10 maio 2023.

McMullen, J. et al. A Systematic Review of Community Engagement Outcomes Research in School-Based Health Interventions. **The Journal of School Health**, v. 90, n. 12, p. 985-94, 2020. Disponível em: 10.1111/josh.12962. Acesso em: 10 maio 2023.

Michener, L. et al. Clinical and Translational Science Awards and Community Engagement: Now Is the Time to Mainstream Prevention into the Nation's Health Research Agenda. **American Journal of Preventive Medicine,** v. 37, n. 5, p. 464-67, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.018. Acesso em: 10 maio 2023.

Michener, L. et al. 2012. Aligning the goals of community-engaged research: why and how academic health centers can successfully engage with communities to improve health. *Academic Medicine*, v. 87, n. 3, p. 285-91, 201. Disponível em: 10.1097/ACM.0b013e3182441680. Acesso em: 10 maio 2023.

Millery, M. et al. Design of a Community-Engaged Health Informatics Platform with an Architecture of Participation. **AMIA Annual Symposium Proceedings Archive**, p. 905-914, 2015.

Morgan, L. "Political Will" and Community Participation in Costa Rican Primary Health Care. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 3, n. 3, p. 232-245, 1989.

Neuhauser, L. et al. Community participation in health promotion: evaluation of the California Wellness Guide. **Health Promotion International**, v. 13, n. 3, p. 211-22, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapro/13.3.211. Acesso em: 10 maio 2023.

Ochoa Jr., E.; Nash, C. Community engagement and its impact on child health disparities: building blocks, examples, and resources. **Pediatrics**, v. 124, suppl. 3, p. 237-45, 2009. Disponível em: 10.1542/peds.2009-1100L. Acesso em: 10 maio 2023.

Page-Reeves, J.; Regino, L. Challenges and Concrete, Plain Language Strategies for Community

Engagement in Research. **Anthropology In Action**, v. 25, n. 2, 2018.

Pargament, K.; Habib, M.; Antebi, D. Community Participation in Mental Health. **Social Casework**, v. 59, n. 10, p. 597-604, 1978.

Paul, B.; Demarest, W. Citizen participation overplanned: the case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro La Laguna. **Social Science & Medicine,** v. 19, n. 3, p. 185-92, 1984. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90209-0. Acesso em: 10 maio 2023.

Pinto, R.; Fiester, A. 1979. Governing board and management staff attitudes toward Community Mental Health Center citizen participation. **Community Mental Health Journal**, v. 15, n. 4, p. 259-66, 1979. Disponível em: 10.1007/BF00778705. Acesso em: 10 maio 2023.

Plough, A.; Olafson, F. Implementing the Boston Healthy Start Initiative: a case study of community empowerment and public health. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 221-34, 1994.

Pollock, D. Community engagement and science: prospects and provocations: critical commentary on Peter C. Little's "negotiating community engagement and science in the federal environmental public health sector". **Medical Anthropology Quarterly**, v. 23, n. 2, p. 119-21, 2009. Disponível em: 10.1111/j.1548-1387.2009.01050.x. Acesso em: 10 maio 2023.

Puga, F.; Dorough, A.; Rice, J. Beyond the Horizon: International Learning Experiences, Community Engagement, and Mental Health in Guatemala. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 38, n. 5, p. 455-57, 2017. Disponível em: 10.1080/01612840.2016.1217959. Acesso em: 10 maio 2023.

Purdom, P.; Shiffman, M.; Zimet, L. Community participation in a program for environmental health. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**. Sep; v. 46, n. 9, p. 1114-20, 1956. Disponível em: 10.2105/ajph.46.9.1114. Acesso em: 10 maio 2023.

Radda, K.; Schensul, J. 2011. Building living alliances: community engagement and community-based partnerships to address the health of community elders. **Annals of Anthropological Practice**, v. 35, n. 2, p. 154-73. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.2153-9588.2011.01087.x. Acesso em: 10 maio 2023.

Redman, R. et al. A successful model for longitudinal community-engaged health research: the 2040 Partners for Health Student Program. **Family Practice**, v. 34, n. 3, p. 341-46, 2017. Disponível em: 10.1093/fampra/cmx025. Acesso em: 10 maio 2023.

Schoch-Spana, M. et al. Community engagement: leadership tool for catastrophic health events. Biosecurity and Bioterrorism: **Biodefense Strategy, Practice, and Science**, v. 5, n. 1, p. 8-25, 2017. DOI: 10.1089/bsp.2006.0036. Acesso em: 10 maio 2023.

Schuler, S. Gender and community participation in reproductive health projects: Contrasting models from Peru and Ghana. **Reproductive Health Matters**, v. 7, n. 14, p. 144-57, 199. Disponível em: 10.1016/S0968-8080(99)90015-0. Acesso em: 10 maio 2023.

Sherraden, M. Policy Impacts of Community Participation: Health Services in Rural Mexico. **Human Organization**, v. 50, n. 3, p. 256-63, 1991.

Smallwood, S. et al. Implementing a Community Empowerment Center to Build Capacity for Developing, Implementing, and Sustaining Interventions to Promote Community Health.

Journal of Community Health, v. 40, n. 6, p. 1122-9, 2015. Disponível em: 10.1007/s10900-015-0038-9. Acesso em: 10 maio 2023.

Smith Nonini, S. Primary health care and its unfulfilled promise of community participation: Lessons from a Salvadoran war zone. **Human Organization**, v. 56, n. 3, p. 364-74, 1997. Disponível em: https://doi.org/10.17730/humo.56.3.m346r84016nn4qw2. Acesso em: 10 maio 2023.

Smith, S.; Blumenthal, D. Community Health Workers Support Community-based Participatory Research Ethics: Lessons Learned along the Research-to-Practice-to-Community Continuum. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 23, Suppl. 4, p. 77-87, 2012. Disponível em: 10.1353/hpu.2012.0156. Acesso em: 10 maio 2023.

Stewart, M. et al. Community Engagement in Health-Related Research: A Case Study of a Community-Linked Research Infrastructure, Jefferson County, Arkansas, 2011-2013. **Preventing Chronic Disease**, v. 12, p. 140564, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140564. Acesso em: 10 maio 2023.

Ugalde, A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. **Social Science & Medicine**, v. 21, n. 1, p. 41-53, 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90286-2. Acesso em: 10 maio 2023.

Uma agenda para a participação social na saúde: um diálogo entre o ativismo, militância e academia

Larissa Galdino de Magalhães Santos

Introdução

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada pela forte atuação dos movimentos sociais em favor da saúde pública, que mobilizou setores da sociedade civil organizada, academia, trabalhadores da saúde e gestores de políticas públicas que estavam envolvidos na luta pelo fim da Ditadura Militar, em favor da redemocratização e pela garantia de direitos sociais. Essa janela de oportunidades, no final da década de 1970 e início de 1980 promoveu a convergência política sobre a pauta de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, como destacado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Um novo capítulo de ampliação da democracia e efetivação de direitos foi iniciado com a garantia da participação social na formulação, implementação e fiscalização das políticas públicas da saúde na Constituição de 1988, bem como, das leis nº 8080/90 e nº 8142/90. A Constituição estabeleceu a participação como um princípio organizativo do SUS, inserindo o cidadão na defesa do direito à saúde, complementarmente, atribuiu a fiscalização e controle sobre as ações do Estado através dos Conselhos e Conferências nas três esferas do governo. Os Conselhos tornaram-se espaços estratégicos de participação, através da reivindicação e formulação das políticas de saúde; e de controle e avaliação. As Conferências consolidaram-se como fóruns participativos de proposição de diretrizes para a política de saúde.

No decorrer das últimas três décadas houveram diferentes experiências de participação social, institucionalizadas ou não, na discussão orçamentária, definição de prioridades e diretrizes para o planejamento das ações do Estado e

formulação de políticas públicas. Outras experiências de participação buscam a adesão dos usuários a uma política e/ou ação de saúde, a uma política de gestão, ou mesmo de vínculo entre cidadãos que vivem acometidos por uma mesma patologia.

As pesquisas e produções acadêmicas sobre participação social e, especificamente, sobre conselhos de saúde, também ocuparam lugar de destaques a partir de diferentes enfoques: a sua importância para o aprimoramento da democracia; contribuição para construção de políticas que efetivam o direito à saúde; relação entre a sociedade organizada e o estado; transparência e melhor uso de recursos (Fontes et al., 2021). No entanto, o recente esvaziamento dos direitos sociais e mecanismos de participação frente à extinção de diversos órgãos colegiados através do "revogaço" do Decreto nº 9.759 de 2019 evidencia a desestruturação de aparatos de gestão pública, criados para ampliar a participação social e o direito à diversidade cultural, étnica, social, sexual e religiosa. Além disso, o fim da Política Nacional de Participação Social - Decreto 8.243, e retirada dos mecanismos de avaliação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável do Plano Plurianual 2020-2023, representam o projeto político de negligência do governo federal (2018-2022), em promover um processo democrático de implementação de políticas públicas (Grupo de trabalho da sociedade civil para a Agenda 2030 [GTSC A2030], 2020).

A redução drástica dos espaços de diálogo e transparência entre governo e cidadão no que tange às políticas de saúde agravaram-se com a pandemia de covid-19. Neste contexto, tornou-se imprescindível retomar a conversa sobre as perspectivas da participação social nas políticas de saúde. O objetivo deste capítulo é informar as perspectivas da participação na saúde no Brasil a partir da ótica dos pesquisadores de referência. Dada a história de ativismo e militância entre a academia e as políticas de saúde no Brasil, bem como, a própria criação do SUS, acredita-se que este levantamento tem potencial para costurar e incentivar uma agenda renovada para a pesquisa e prática participativa para a saúde pública.

Metodologia

Este texto sintetiza a análise documental do relatório técnico elaborado como subsídio para o projeto de formação para o Controle Social no SUS, proposto pelo Conselho Nacional de Saúde, executado pelo Centro de Assessoramento e Educação Popular (CEAP), apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (Kujawa, 2022). Para informar a análise a partir do mapeamento das percepções dos pesquisadores acerca da participação na saúde, foram executadas as seguintes atividades: revisão dos depoimentos coletados para elaboração do relatório (Kujawa, 2022) com foco nas percepções da participação na saúde; revisão das perguntas e respostas[57] obtidas para àquele relatório, através de depoimento gravado via *Zoom*, a fim de extrair a abordagem da agenda de participação; e demais considerações recebidas durante a apresentação do relatório num congresso especializado.

Sobre a revisão dos depoimentos, a lista de pesquisadores de referência foi obtida a partir do levantamento bibliométrico nas principais bases de dados, levando em conta o número de produção e citação (CEAP, 2022; Machado et al., 2022). Para consolidar a lista, utilizou-se a técnica de bola de neve (Vinuto, 2014) entre alguns pesquisadores entrevistados. Foram entrevistados vinte pesquisadores e/ou professores, sendo dezoito advindos de universidades públicas, um advindo de universidade particular, e o último ligado à fundação de pesquisa vinculada ao Ministério da Saúde. As entrevistas foram realizadas entre setembro e outubro de 2021, através da plataforma *Zoom*, resultando em quinze horas de gravações. As entrevistas foram gravadas mediante consentimento, transcritas, categorizadas e numeradas randomicamente.

As respostas categorizadas para o relatório foram analisadas conforme os seguintes tópicos: acúmulos de pesquisa gerados sobre a participação na saúde; questões em abertos sobre a participação na saúde; e desafios para o

57 As perguntas sintetizam-se em: avaliando o controle social no SUS do ponto de vista das pesquisas; questões consolidadas na literatura; sobre as potencialidade e limites da participação e controle social na saúde; perguntas que precisam ser respondidas sobre as novas perspectivas sobre o controle social no SUS; desafios sobre a estruturação de novas pesquisas.

campo de pesquisa. Este nível de análise permitiu identificar a trajetória do campo de pesquisa em participação social na saúde, os impactos e sinergias na construção das políticas públicas de saúde e do SUS.

As entrevistas, na íntegra, foram reanalisadas em dois níveis: das respostas dos pesquisadores e das narrativas (Pondé et al., 2009). No primeiro nível foram consideradas as respostas diretas – na íntegra, dos pesquisadores de acordo com as perguntas. No segundo nível, consideramos as digressões, ou seja, a narrativa que reflete as preferências dos pesquisadores sem, contudo, estar direcionada para uma pergunta específica. As digressões são um material relevante para identificar o foco central em cada narrativa. A perspectiva da narrativa é importante para compreender tanto as experiências e vivência de pesquisadores envolvidos diretamente nas conferências e conselhos do SUS, quanto compreender as elaborações teóricas, analíticas e conceituais dos pesquisadores sobre a participação social na saúde.

A técnica de análise de domínio foi utilizada para as respostas na íntegra e para respostas categorizadas. Como técnica comumente utilizada em dados etnográficos, permitiu descobrir os padrões nas respostas, considerando as relações implícitas nas perguntas da pesquisa e nos elementos de análise (Quesada; Quintana, 2023). Com relação às digressões, buscou-se os significantes centrais relacionados ao tema principal e que se repetiam em diferentes entrevistas, como nós internarrativos. Por exemplo, diferentes pesquisadores narraram a importância de abrir um diálogo pela coexistência do rigor científico e militância, neste caso, a interpretação é ativismo político.

Finalmente, os principais resultados do relatório foram apresentados no 15º Congresso Internacional da Rede Unida, na plenária de discussão "O controle social no SUS no contexto da covid-19: Atuação dos Conselhos estaduais de saúde". A partir do debate produzido neste evento, procedeu a motivação para elaboração deste capítulo com a síntese dos resultados sobre a participação social na saúde.

Estado do campo de pesquisa da participação social em saúde: a percepção dos pesquisadores[58]

A construção das políticas de saúde, e do SUS, teve um papel estratégico no processo de redemocratização do país, na articulação dos movimentos conectados às condições de saneamento, alimentação, trabalho, moradia, e que envolviam as associações de moradores, militância intelectual, movimentos sociais, comunidades religiosas e sindicatos. Portanto, foi um processo de discussão pela democracia, cujo movimento tornou-se orgânico e sincrônico que contou com a atuação de professores, alunos e grupos de pesquisa como resistência (Rezende; Cruz; Rezende, 2019).

> Meio que o SUS ele era grande luz em que dizia [...] é possível os movimentos sociais entraram para dentro do Estado! E fazer essa disputa por dentro do Estado no sentido de buscar construir a democratização dos processos decisórios e políticas públicas (Depoimento 6).

> É importante ver também alguns deslocamentos que ocorreram nesse debate quando começou a se desenvolver nos anos 90, ele estava muito centrado no debate sobre democracia. Uma discussão sobre potencialidades, fala sobre possibilidades, enfim da participação social como um instrumento de aprofundamento. Eu achei que tem muito a ver com a própria redemocratização do Brasil que, de um lado, tem toda uma recuperação da democracia representativa e eleições partidárias. Mas, ao mesmo tempo, tem toda uma proposição de outras formas de participação, de outras especialidades. [...] A democracia participativa, democracia direta, democracia deliberativa, no sentido de que essas formas de participação, de controle social, elas têm uma potencialidade de democratização (Depoimento 4).

Assim, houve uma sinergia entre trajetória da pesquisa sobre a participação social e a experiência política de construção das políticas de

58 Os pesquisadores participantes da pesquisa foram selecionados através de levantamento da literatura, entre os mais citados. Além disso, a técnica de bola de neve (Ver: Metodologia) foi aplicada a fim de confirmar e expandir a amostra. A lista de pesquisadores completa, com os respectivos programas de pesquisa pode ser encontrado no Anexo 1 em: KUJAWA, H. Perspectivas para as pesquisas sobre o controle social no SUS. RELATÓRIO. CON21-00013322. Henrique Kujawa e Larissa G. de Magalhães Santos. Organização Pan-Americana de Saúde. 2022.

saúde no país. De acordo com o levantamento junto aos pesquisadores, há acúmulos produzidos que caracterizam o campo de pesquisa da participação social em saúde: a relação da participação com a redemocratização e a construção do SUS; a construção da institucionalidade dos Conselhos; os conflitos entre a proposta de sistema universal e público de saúde e a lógica neoliberal, privatizante e de Estado mínimo; e a relação entre espaços institucionais, atores e movimentos sociais.

Sobre a perspectiva da Redemocratização, os pesquisadores identificam efeitos democratizantes da descentralização do SUS. Assim, a produção científica do campo sobre os sistemas de saúde esteve atrelada ao prisma das experiências políticas. Num primeiro momento, a literatura dedicou-se à compreensão da reforma sanitária baseada na socialização da decisão. Até meados de 1990, o debate ocupou-se da universalidade dos direitos, da participação e gestão pública, e das teorias da democracia mediadas pela representação. Num segundo momento, a literatura, elaborou modelos e enfatizou os processos de institucionalização da participação, ocasionando um arrefecimento da perspectiva dos movimentos sociais (Fleury; Ouverney, 2018). Já os estudos sobre os efeitos democratizantes se aprofundaram nos anos 2000, explorando as políticas públicas em diferentes dimensões fazendo parte da guinada institucional[59]. A guinada institucional foi identificada pelos pesquisadores como área do campo de pesquisa que se dedica a analisar a reprodução do desenho institucional.

Após o aprofundamento das discussões sobre a institucionalidade, iniciou-se uma nova fase de pesquisa sobre as fragilidades decorrentes do processo de redemocratização. Fatores socioculturais e desigualdades que impactaram o desempenho dessa participação social e na ressignificação dos sentidos do controle social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas tornaram-se questões de pesquisa no campo da Participação Social da Saúde.

59 Guinada institucional refere-se aos estudos que debatem as instituições participativas e o foco no desenho institucional destes espaços formalizados, tais como,orçamentos participativos, conselhos de políticas e planos diretores municipais. Ver: Avritzer, L. (2008). Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. Opinião Pública, v. 14, n. 1, p. 43–64. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-62762008000100002

> Esse olhar geral na dinâmica de participação em relação aos representados, porque [a gente] começou a pensar concretamente no que os conselhos entregavam e qual a importância deles.
>
> A ideia de participação não se resumia as IPs [instituições participativas], e não se resumia à participação institucional. Era muito importante entender o conjunto das estratégias de participação que os atores implementavam.
>
> Como é que os atores constroem o seu lugar dentro do conjunto de estratégias que chama de repertório. Cada conselho, inclusive, tem um papel. As instituições participativas, a depender da área de política pública, têm funções específicas (Depoimento 9).

Os estudos pós-institucionais têm produzido discussões relevantes e sólidas sobre os efeitos democratizantes e as desigualdades sociais e a performance nas instituições participativas. Há também considerações significativas nas discussões sobre as escalas e modelos de participação e o desenho institucional. Outra questão latente é sobre a densidade político institucional dos conselhos, subsistemas das políticas públicas e a participação e controle social no nível municipal. Neste mesmo debate aparecem os temas da autorização e representação, e o distanciamento de representantes e representados.

Os pesquisadores indicaram que o projeto político e a agenda governamental neoliberal imprimiram impactos no SUS. Isso incluiu a criação das agências reguladoras para a saúde e investimento em programas de atenção à saúde básica, além de mudanças estruturais na gestão através de estratégias participativas e de planejamento (Machado et al., 2017). Porém, a expressiva expansão dos serviços privados de saúde no segmento de planos e seguros de saúde com incentivos estatais, marcou o projeto mercantilista, expansionista, revisionista e racionalizador, e a prevalência dos interesses do capital nas políticas de saúde (Paim, 2017). Em vista disso, a literatura passou a analisar os atores e as ações ao nível das relações, especialmente as diretrizes de funcionamento dos conselhos de saúde.

> Procurou compreender um pouco mais as instituições, porque a gente não olhava muito nos fatores, os movimentos, os atores sociais como eles se portam, o que eles são capazes de fazer, quais são os impactos dessa participação para os próprios movimentos (Depoimento 6).

> A ideia de participação não se resumia as IPs [instituições participativas], e não se resumia à participação institucional. Era muito importante entender o conjunto das estratégias de participação que os atores implementavam.

> Como é que os atores constroem o seu lugar dentro do conjunto de estratégias que chama de repertório. Cada conselho, inclusive, tem um papel. As instituições participativas, a depender da área de política pública, têm funções específicas (Depoimento 9).

Finalmente, os pesquisadores dedicaram-se a analisar os atores e movimentos sociais, tendo em vista a agenda governamental de esvaziamento e redução das instâncias de controle e participação, as pesquisas retomaram o foco nos atores, movimentos e mecanismos de negociação. O campo também avançou nas análises sobre as estratégias de participação nos conselhos, sob o foco de repertórios e de múltiplos atores. As análises combinaram a abordagem das instituições participativas do ponto de vista dos atores, observando desde o comportamento dos atores até o legado da participação para os movimentos. A literatura estimulou o debate teórico-metodológico e estabeleceu conexões sobre a institucionalização, representação, participação, deliberação, mobilização de recursos, processo político e oportunidades.

Questões em aberto: um campo de pesquisa em transição

Do ponto de vista dos pesquisadores-referência, as principais contradições do campo de pesquisa carecem de um debate apropriado: participação e o controle social na conjuntura e projeto político; reexame da agenda participativa e da institucionalização; a lógica dos atores e dos movimentos sociais; novos arranjos, gestão e políticas públicas. Além das lacunas do campo de pesquisa, os

pesquisadores apontam que há caminhos possíveis, tais como, a compreensão da conjuntura e o lugar da participação nesse projeto político, a retomada equilibrada da agenda da participação institucional, foco na ação coletiva, e novos arranjos da gestão de políticas públicas.

Importante destacar que alguns desafios refletem às críticas dos pesquisadores sobre a omissão dos conselhos gestores[60] no âmbito federal, principalmente, frente às proposições de privatização das "políticas de saúde". Enquanto as conferências posicionaram-se em consequência da gestão encapsulada numa agenda neoliberal, o Conselho Nacional de Saúde foi negligente.

> Eu queria sinalizar duas omissões, e que não forma geral em todos os conselhos, mas sobretudo, elas refletem o Conselho Nacional [de Saúde] no enfrentamento às propostas de privatização do SUS. Essa falta de posicionamento firme do Conselho Nacional em relação a esse processo, esses novos modelos de gestão privatizantes (Depoimento 7).

O lugar da participação como projeto político está relacionado ao aprofundamento da percepção sobre a conjuntura. Segundo os pesquisadores do campo de pesquisa sobre a Participação Social em Saúde, o aprofundamento sobre o contexto de retrocesso de direitos deve estar alinhado ao entendimento sobre a infraestrutura institucional dos conselhos. Desta perspectiva, as recomendações são de que o campo deveria retornar alguns passos, compreender a capacidade de proposição de políticas públicas das instâncias, e como a participação está funcionando neste contexto de reconfiguração do projeto político. Reconhecer a conjuntura de retrocesso viabiliza a resistência, ademais é primordial analisar o lugar da participação e do controle social nos projetos políticos, seja da esquerda ou da direita. O reconhecimento também conduz à uma visão menos essencialista dos espaços públicos e de suas dinâmicas, enquanto espaços políticos de deliberação e de poder. Em

60 Conselhos gestores são canais de participação social, autônomos, permanentes, coma presença de representantes da sociedade civil e poder público, e tem a prerrogativa de propor diretrizes para políticas públicas, fiscalizar, controlar e deliberar. Já os conselhos de saúde são órgãos colegiados que faz parte da gestão e administração do Sistema Único de Saúde, e por isso, existem no nível municipal, estadual e federal. O Conselho Nacional de Saúde é um órgão de consulta do Ministério da Saúde.

vista disso, essas instituições devem ser compreendidas de uma perspectiva relacional, capaz de configurar respostas políticas perante o contexto.

> Particularmente, pelo que a gente está vivenciando desde 2016, de fato toda essa estrutura institucional dos conselhos, ela está marcada pelo ideário democratizante. Qual é o sentido e o papel disso num contexto de retrocesso, do ponto de vista democrático? Isso parte de uma resistência e tem uma discussão no sentido de que a participação social não é fixa, e ela tem a ver também com a própria reconfiguração do regime político. É uma discussão muito interessante e condizente de se analisar. Tem um debate analítico. Mas é preciso ter uma visão menos, como eu vou dizer, menos essencialista dos conselhos. São espaços políticos e tem ataque de várias frentes [...] porque tem poder de deliberação sobre a aplicação. Isso é fundamental, a efetividade desse espaço e tem uma dinâmica. Qual é o papel disso hoje? (Depoimento 4).

É necessário calibrar limitações e expectativas sobre a participação institucionalizada, assim como limitações sobre conselhos e conferências, conforme os pesquisadores relataram. Pois, preconcepções sobre a participação institucionalizada precisam ser mais bem trabalhadas, a fim de identificar resultados factíveis baseados na desigualdade das negociações, na técnica e nos modos de participação, e os obstáculos do exercício do controle social. A participação nas instituições está relacionada à estrutura de recursos, técnicos, informacionais, e que impactam nas categorias de conhecimento sobre a deliberação. Portanto, é necessário pensar que os conselhos "não falharam", foram moldados e se moldaram pelas instituições, e pelo contexto político, econômico e social, e por suas próprias obrigações. É necessário rediscutir a visão e os modelos de participação e representação que estão sendo encaixados na análise das instâncias, e incluir o debate sobre a participação cidadã no planejamento da saúde. Investigar a relação com os atores para além dos espaços internos das instâncias, e explicar as mudanças que não se limitam aos atores do Estado.

> A política nacional de participação "botou" tudo no mesmo pacote. Nós precisamos, talvez, como pauta também política. Na realidade brasileira a participação deliberativa é estratégica (Depoimento 7).

> Conselhos, eles estão imersos no ambiente, mas demorou muito para perceber isso. E os conselhos de políticas públicas efetivamente se institucionalizam, não como instâncias paralelas ao Estado, mas dentro. E aí, como instâncias dentro do Estado, esses conselhos estão vinculados a um conjunto de obrigações (Depoimento 6).

> Então tem um conjunto de sistemas de controles muito estruturados, e que são feitos por outras instituições [que não conselhos e conferências] (Depoimento 8).

Uma reflexão sistemática sobre o contexto político - conjuntura política, importa para que as análises possam recuperar a agenda participativa, e incluir a estrutura relacional de oportunidades políticas para a compreensão das ameaças, constrangimentos e facilidades para atuação dos atores nas políticas públicas.

> Acho que tem o reconhecimento de que essas instituições estão disputando poder, e enfrentam uma série de obstáculos do ponto de vista de efetivação da participação. Em certa medida seria esperado numa sociedade com desigualdades tão profundas (Depoimento 4).

Conforme os pesquisadores, o foco sobre os atores, movimentos sociais e ação coletiva é reflexo das limitações do enfoque institucional, principalmente pela necessidade de criatividade e inovação, para compreender as dinâmicas das instâncias que não fixas, dos repertórios que ultrapassam os limites de conselhos e conferências. A qualificação da participação institucional, a capacidade de atuação nas instituições participativas está relacionada à sociedade civil, enquanto articuladora e influenciadora sobre a política. Em geral, é preciso adicionar o fator das mudanças na comunidade, a cultura, tradição associativa e os limites destes atores na representação.

> Os atores do conselho. Qual é a posição deles nas redes de política? Porque é importante que a gente entenda efetivamente que existe uma dinâmica na qual os conselhos estão inseridos, e que não tem a ver com a dinâmica interna. Tem a ver com a dinâmica externa a eles. Isso pode ser uma agenda interessante, do ponto de vista de compreender, por que isso vai mudando, ou seja, isso não é fixo (Depoimento 4).

> Quando você olha para o ator você meio que pensa bem: qual o valor da participação nos conselhos para os coletivos, para os grupos organizados, para os movimentos sociais. Essa questão ainda é a questão fundamental (Depoimento 9).

> Para além de olhar o conselho, olhar as relações políticas nas cidades. É importante entender parte do controle e discutir um debate sobre a efetividade. A efetividade tem vários sentidos, desde a dinâmica interna de quem participa, quem fala, se o governo compartilha da fala, se o governo compartilha poder de decisão. E a efetividade do ponto de vista de produzir efeitos nas políticas públicas. Então é fundamental entender quem é essa sociedade civil, e se naquela área de política pública você tem movimento de saúde forte na cidade com organização associativa. Ela [sociedade civil] é uma das variáveis fundamentais para entender, além do tamanho dos municípios e recursos (Depoimento 18).

Os estudos do campo de pesquisa da Participação em Saúde, segundo os pesquisadores, carecem de debate sobre: conselhos e o poder sobre as políticas públicas, sobre a localização e status dos conselhos nos subsistemas de políticas públicas, as relações com atores do executivo e legislativo num contexto de denúncia, os instrumentos de gestão, e que indicam os entraves à gestão participativa num cenário de interesses, conflitos e contradições. Portanto, novos arranjos, a gestão e as políticas públicas devem ser considerados como objetivos de pesquisa que moldam o debate sobre a participação social em saúde.

> Não existe na pesquisa, uma resposta momentaneamente satisfatória. E aí você pode dizer, por exemplo, que a sociedade civil tem um grande poder no conselho em determinadas circunstâncias, mas o

> conselho não tem poder nenhum na política pública. É relevante distinguir o poder do conselho. Ou seja, olhar o conselho no campo de políticas públicas, e localizar os conselhos é muito importante para uma agenda de pesquisa que muitas vezes tende a ficar numa análise muito voltada à relação entre estado e sociedade dentro do conselho (Depoimento 9).

> Diferenciar o controle social e gestão participante. É importante para pensar nosso dia a dia de pesquisa, na distinção, mas numa relação que contém e está contida. Eu acho que o controle social está contido na gestão participativa. É um dos aspectos mais importantes da gestão, mas a gestão participativa implica em disputa de direcionalidade, por isso é não só de controle da condução (Depoimento 2).

Em síntese, o campo deve recorrer à distinção do controle público e da gestão participativa, para tanto, novas metodologias, abordagens intersetoriais do ponto de vista da seguridade social, podem favorecer uma direção para as agendas de pesquisa.

Caminhos para o campo de pesquisa

Identificamos guias de ação a fim de complementar a agenda: sumarização das contradições do campo, a ampliação da visão sobre a gestão participativa, a abordagem relacional, os arranjos e ecologia de instituições no que tange o controle, subsistemas de política, território e cidades, combinados com metodologias comparativas.

Alguns pesquisadores alertam sobre determinados argumentos baseados na falha dos conselhos, como lugar comum, sem a crítica apropriada. Retratam que pesquisas discutiram os conselhos como espaços de cooptação dos movimentos sociais, e de baixa capacidade deliberativa, ainda assim, é necessária uma reflexão apropriada sobre os conselhos, raízes societárias e capacidade deliberativa.

> Vocês verão que no século 21 os textos que começam a falar de cooptação dos movimentos sociais, de que movimentos sociais que são, na realidade, extensão do Poder Executivo nos municípios; principalmente, começa a crescer a preocupação com a entrada das igrejas neopentecostais no processo; uma série de discussões é a incapacidade dos conselhos de terem suas deliberações resolvidas. [...] Então há uma inversão de expectativas e a crítica sobre a atuação dos conselhos de saúde cresce bastante, ao mesmo tempo que diminui a produção científica nesse período de pandemia. O que é a capacidade deliberativa? O que é a tal deliberação e nunca se chegou a um consenso sobre isso (Depoimento 1).

Como caminho a ser seguido pelo campo de estudos sobre a Participação Social em Saúde, os pesquisadores informaram a necessidade de fazer um balanço dos achados do campo, investigar o enraizamento social e institucional, discutir a organicidade da representação, lançar novas propostas de participação em políticas públicas, no sentido de reforçar aquilo que já foi construído, seja em formas informais de participação, ou ainda, investindo na construção coletiva da participação.

> Em seguida, sobre a visão ampliada da gestão participativa, cabe ao campo fazer um balanço dos achados e investir em novas frentes de pesquisa que condizem com o cenário atual. Investigar por dentro das instituições, e enfrentar os paradoxos da participação no que tange o poder sobre a gestão e participação da sociedade civil. É importante entender os conselhos nos seus enraizamentos societário e funcional. O enraizamento social e institucional dos conselhos significa perguntar qual o lugar que os conselhos têm no desenho das políticas públicas, qual o papel que desempenham concretamente não normativamente (Depoimento 9).

> Novos métodos de pesquisa, capazes de abordar o sujeito epistêmico coletivo, e um compromisso conjunto com a comunidade científica (Depoimento 2).

> Deve levar em contas as lições, por exemplo, no próprio desenho de formulação dos conselhos tem uma falha imensa com relação aos movimentos populares. Olhar para esses espaços de participação e

> dizer o que pode ser feito diferente (Depoimento 6).

> Em concordância de abordagens entre as diferentes unidades de pesquisa, tais como, atores, ação coletiva, repertórios, estratégias e dinâmicas de participação, reposicionam o controle social dentro uma conjuntura. Temos trabalhadores rurais, trabalhadores urbanos e trabalhadores sem-terra. Como é que esses grupos e os movimentos dialogam para construir um texto que seja coerente com o SUS. Nós temos uma política de saúde que atende desde interesses empresariais a direitos sociais. Então como é que nós estamos a construir isso? Não é fácil discutir isto numa sociedade plural e desigual (Depoimento 10).

A necessidade de representação plural corresponde à demanda de inclusão e reconexão com a juventude. Neste sentido, é imprescindível questionar as tensões da democracia brasileira, que do ponto de vista das circunstâncias, para viabilizar modos de produzir uma intervenção política.

> A juventude que está sedenta por participação, que já demonstrou de várias maneiras que quer participar, mas não quer participar dos mesmos moldes, não quer participar do mesmo jeito. Então como que a gente faz para nos conectarmos, no plano do discurso com esse sujeito, que são sujeitos históricos entrando na universidade? (Depoimento 9).

> Essa questão de como é que você consegue mais representação, mais plural. Como é que a gente consegue aumentar o número de vozes? Estas são questões importantes para a representação e a juventude (Depoimento 5).

Outras contribuições para pesquisa sobre o controle social no SUS foi que surgiram perspectivas para agenda. Neste caso, algumas questões estão sub exploradas, ou demandam novas clivagens teóricas e metodológicas: analisar a ecologia de instituições, no que se refere estruturas de controle social, ação dos múltiplos atores e foco nos aprendizados; investigar e compreender as instituições, atores e processos a partir dos territórios e das cidades; produzir

estudos intersetoriais, comparativos, bem como, discussões sobre os métodos e técnicas capazes de aperfeiçoar as instâncias e seu modus operandi de atuação.

> Como é que os atores fazem uso do Conselho Nacional? E como é que os conselhos municipais e estaduais estão sendo mobilizados pelos atores nessa ecologia mais nova de instituições que passa pelos legislativos, que passa pelos executivos (Depoimento 6).

> Eu apostaria nos territórios em primeiro lugar, numa conexão que é possível entre controle social e território. Qual a dimensão territorial? Todas as disputas emancipatórias da América Latina passam pelo território, e tem uma dimensão central da disputa política, da reivindicação, da identificação, e da construção de horizontes concretos de luta.

> Um olhar sobre como as políticas públicas ou ausência [delas] afetam os territórios, e como os sujeitos concretos nos territórios têm buscado responder a esse problema (Depoimento 9).

Ocorreram avanços significativos no campo de pesquisa conforme relatado pelos pesquisadores inquiridos, no entanto, a consolidação das temáticas não é um fim em si mesma. As demandas de pesquisa sobre participação social na saúde são provocativas. Isso reforça o chamado para revisitar as discussões sobre a agenda participativa e a institucionalização, e das análises do ponto de vista dos atores, das estratégias, repertórios e movimentos sociais. Primeiro, porque é necessário que o campo elimine as expectativas sobre a agenda participativa, discutindo a deliberação, a representação e a efetividade das instâncias participativas em comunhão com os atores que circulam nestas dinâmicas. Segundo, que projetos políticos e agendas governamentais são capazes de influenciar e modificar os arranjos e a gestão das políticas públicas, por isso, este é uma variável a ser considerada nos estudos. Finalmente, de um ângulo de pesquisa ampliado, a percepção da conjuntura política é condição *sine qua non* para observar a dinâmica tanto da atuação governamental como do cenário político e o conjunto de elementos que explicam um determinado momento, um processo e fato histórico. Portanto, o campo deve combinar teoria e prática, ambas colmatadas de interdisciplinaridade.

> Essas respostas podem levar a saídas do atual autoritarismo da burocratização, como um chamado para o empoderamento e reivindicação para o campo de pesquisas e para os ativistas. Nesse momento de autoritarismo de burocratização, o que aconteceu com os conselhos dos governos de esquerda é o desafio da participação. Como manter viva a participação e que possa sustentar os interesses legítimos dos usuários. E que possa estimular a saída dessa posição, como uma chamada para vitalidade, o empoderamento, ou no sentido reivindicatório mesmo (Depoimento 3).

Estabelecendo uma agenda para o campo da participação em saúde

A percepção dos pesquisadores-referência sobre as perspectivas do campo pesquisa em participação social em saúde revisitou os acúmulos gerados, indicando tanto as temáticas consolidadas quanto às questões que carecem de respostas. As narrativas associadas às percepções expressam um chamado para a pesquisa em participação social na saúde como caminho para estimular o ativismo.

A trajetória da institucionalização da participação social na saúde é marcada pela intensa produção de pesquisas sobre as instituições participativas conforme informaram os depoentes. Ainda que houvesse um debate sobre as experiências políticas, como o próprio processo de democratização das políticas de saúde (e direitos a ter direitos), impulsionados pelo movimento da reforma sanitária os anos subsequentes à redemocratização, concentraram-se nos recortes institucionais, nas regras, desenhos e formatação dos espaços. O enfraquecimento das clivagens de pesquisa do ponto de vista dos movimentos sociais e da participação social na saúde, também assinalou as controvérsias da institucionalização e o caráter inovador das instâncias. Segundo os pesquisadores, os resultados apresentaram um certo descontentamento com aquelas instituições e a capacidade de incidir sobre as políticas públicas de saúde, exercer o controle social e ampliar a participação. Ademais, a conjuntura política era diferente do período da redemocratização, o projeto neoliberal de financeirização das políticas sociais e racionalização orçamentária tornou-se

central na agenda governamental. Em vista disso, os pesquisadores avançaram no debate sobre os atores, as estratégias, a negociação, os movimentos sociais e os repertórios.

As abordagens teoricamente interdisciplinares, comparativas, territorializadas estão em ascensão, e para o campo da participação social na saúde não é diferente. Do mesmo modo, abordagens das instituições participativas, e a retomada das discussões baseadas nos atores e movimentos, reacendem a importância das pesquisas inseridas num contexto atual (Kujawa, 2022).

Os questionamentos sobre a participação e a inclusão, a efetividade da deliberação e a representatividade nas instâncias retornaram como pauta do circuito dos projetos de pesquisa nas universidades e demais instituições. Isso porque o contexto e conjuntura política tem eclipsado a demanda de repensar a democracia e saúde, os direitos e o papel do Estado, a resistência, resiliência a partir da sociedade civil e a luta pelo esvaziamento dos espaços de participação e o lento aniquilamento do SUS (Kujawa, 2022).

Às questões de pesquisas somaram-se às temáticas trazidas pelos pesquisadores, tais como, a compreensão da participação social associada à perspectiva da conjuntura, e de um projeto político; a lógica dos atores; o foco nos processos de interação Estado e sociedade nas políticas públicas no território; arranjos políticos e subsistemas de políticas; as instâncias e a cidade; envolvimento da juventude; e a ecologia de instituições ao redor dos conselhos de políticas públicas, conforme sintetizado acima.

Afinal, como estimular o campo de pesquisa e fomentar a nova agenda? De acordo com os pesquisadores-referência (Kujawa, 2022), um plano de ações deve: construir e consolidar parcerias estratégicas, interações e engajamento entre atores cruciais para o avanço do campo (como os conselheiros e pesquisadores); estabelecer nova agenda de pesquisas relacionais, com abordagem teórica, prática e intersetorial (por exemplo, grupos subrepresentados e participação social em saúde); estimular o ativismo político e um diálogo entre o lugar científico de produção de conhecimento e a militância (elevar as pesquisas para discussão com as partes interessadas).

> Novos métodos de pesquisa, capazes de abordar o sujeito epistêmico coletivo, e um compromisso conjunto com a comunidade científica (Depoimento 2).

> Quais são as novas propostas de participação em políticas públicas? A gente quer novas propostas. Deve levar em contas as lições, por exemplo, no próprio desenho de formulação dos conselhos tem uma falha imensa com relação aos movimentos populares. Olhar para esses espaços de participação e dizer o que pode ser feito diferente (Depoimento 6).

> Há uma discrepância entre a configuração das relações de poder dentro do conselho, e ao mesmo tempo o poder do conselho dentro da política de saúde. Ou seja, qual é efetivamente o lugar, posição, o papel do poder dos conselhos, e dentro do subsistema de política (Depoimento 4).

> Um olhar sobre como as políticas públicas ou a sua ausência [delas] afetam os territórios, e como os sujeitos concretos nos territórios têm buscado responder a esse problema. Como o controle social poderia reforçar e ser fortalecido. Mas precisa mais para trazer o território que tem formas de vida de existência, de sobrevivência, de resistência que passa pelo tema do controle social (Depoimento 9).

> Tem sido muito discutido no campo da saúde, a necessidade da gente de se envolver em pesquisa de implementação, que são pesquisas de implementação que estudam como um negócio funciona na situação ideal. Eu acho que as capacitações, empoderamentos e dispositivos de desburocratização, [eles] precisam ser testados e aprovados. O objetivo é construir. Esse é o papel da pesquisa para superação da subalternidade. Onde foi parar no planejamento participativo? Não se sabe se isso foi capturado pelas visões gerenciais e práticas da gestão. Assim, é tudo tecnocrático, tem uma prescrição, tem uma forma correta de como se faz (Depoimento 3).

Com relação ao nível de parcerias, interações e engajamento é necessário estabelecer parcerias robustas entre os conselhos e as universidades, principalmente o Conselho Nacional de Saúde; aproximar as agendas das conferências estaduais e o Conselho Nacional de Saúde através de parcerias com as universidades;

promover interações entre pesquisadores, universidades, governos e organizações da sociedade civil; e apoiar em redes colaborativas de pesquisa.

> O conselho [Conselho Nacional de Saúde] precisa entender que a pesquisa produz evidências para eles tomarem a decisão. [...] buscando o que precisa: informação para orientar, para falar. A partir de pesquisas feitas pela necessidade do conselho de atuar. Ele [conselho] precisa de pesquisas rápidas. Então tem que ter é na sua previsão orçamentária recursos. Com isso o conselho muda a maneira como ele lida com pesquisa e a pesquisa passa a produzir resultados do próprio. O recurso vindo do poder público estimula a pesquisa e o Conselho Nacional de Saúde poderia, deveria transformar a sua relação com a pesquisa numa relação profissional, criando um grupo que trabalharia diretamente com ele. É uma rede de pesquisadores com recursos para produzir evidências para tomar decisões (Depoimento 1).

Com relação às recomendações para a agenda de pesquisas relacionais, abordagens teóricas e intersetorial entre objetos e objetivos de pesquisa foram citados:

- Abordagens interativas sobre a formulação de estratégias pelos atores;
- Analisar a elaboração de estratégias conjuntas entre atores e instituições;
- Analisar as instâncias enquanto espaços de estratégias para a resistência;
- Estimular novas fronteiras de pensamento;
- Resgatar ideais da Reforma Sanitária a partir do contexto político que estamos vivendo e dos redesenhos institucionais;
- Compreender e discutir os conselhos e as políticas públicas a partir da organização social;
- Investigar os vínculos criados entre representantes e representados;
- Explorar novas áreas de pesquisa correlatas e retomar a discussão sobre o impacto efetivo dos conselhos sobre as políticas públicas;

- Comparar as políticas públicas do ponto de vista dos espaços participativos; pesquisa de extensão que apoiem a implementação, capacitação e empoderamento através da discussão do planejamento participativo.;
- Abrir um diálogo pela coexistência do rigor científico e militância, de modo que o cientista como ativista político seja parte da democracia para o desenvolvimento do conhecimento (Mitre, 2021).

> O grande desafio nosso, enquanto pesquisador, é construir uma abordagem de interação mesmo. Colocar tanto atores, como as instituições, no mesmo estatuto. Portanto, manter um olhar sobre como as instituições estão constituídas. Ela [instituição] é importante para entender como os atores formulam suas estratégias. Veja, eu compreendo porque esse deslocamento [do campo de pesquisa] porque acho que tem coisa que a gente precisa conhecer, que a gente não estava olhando: as novas estratégias dos atores progressistas do campo dos movimentos sociais e a movimentação da direita. Eu acho muito pertinente é olhar para os atores e ver os conselhos como mais um espaço de estratégia de mudança, assim como é o espaço da mobilização, da apresentação de reivindicação, da utilização de instrumentos jurídicos. O conselho é mais que um espaço entre os demais (Depoimento 6).

> A pergunta de um milhão de dólares [...] afinal, as políticas que têm participação da sociedade são melhores do que aquelas que não participam? O esforço que o Brasil fez, principalmente o setor saúde, para construir essa rede monumental de participação com conselhos municipais e estaduais, conselho nacional, conselhos distritais, conferências municipais, conferências estaduais, tudo isso. O que se produziu para as políticas de saúde hoje, são melhores do que eram antes? (Depoimento 1).

> Neste sentido, estamos como embaixadores da participação, temos que nos articular como grupo, para estar nas pesquisas nossas, e dos colegas das políticas públicas, nos editais. [...] Um ativismo acadêmico político bancado para informar a normatividade essas coisas têm que ser feitas com as pessoas que vão ser os usuários (Depoimento 12).

Considerações finais

A trajetória da participação em saúde, assim como o próprio SUS é marcada por continuidades, mudanças, avanços e desafios que carecem de um intenso debate e pesquisas. Desde a Constituição de 1988, a política de saúde no Brasil experimentou contextos, processos e agendas governamentais que produzem fatos políticos, tanto para o desenvolvimento do SUS, da institucionalização através de conselhos e conferências, quanto de uma disputa de projetos que vem influenciando as políticas públicas, e a crescente degradação dos princípios de universalidade equidade e integralidade. Neste momento oportuno de expressiva fragilização do sistema de saúde e proteção social, pela condição pandêmica, e pela governança sem governo, baseada no autoritarismo neoliberal e uma negação da ciência (Cotrim Jr, 2020), o mapeamento sobre as perspectivas de pesquisa sobre o controle social no SUS é ainda mais relevante e fundamental.

Este capítulo teve como objetivo mapear pesquisas, produções acadêmicas centrais sobre a participação e controle social, conselhos e conferências e políticas de saúde, do ponto de vista dos pesquisadores. Ao mesmo tempo, obter visões dos pesquisadores referenciados no campo sobre os principais enfoques, demandas e temáticas que carecem de aprofundamento.

Com este propósito em mente, foi feito o mapeamento das temáticas do campo que foram significativamente exploradas, e questões em aberto que ainda necessitam de um debate mais robusto e integrado. Dentre os pontos mapeados, surgiu um inventário de desafios e recomendações para o avanço do campo de pesquisa, bem como, ideias e recomendações para renovação da agenda de pesquisa, para o ativismo político, para novas abordagens teórico-metodológicas, e estratégias de pesquisa em rede.

As demandas urgentes de pesquisas sobre participação reativaram as temáticas da institucionalização, combinadas com análises interativas mais recentes com foco nas interfaces com as políticas públicas, usuários, conselheiros e agentes estatais. Mas também, cobrou uma visão micro e

macro das estruturas históricas vigentes, das experiências e fatos políticos que circunscrevem a percepção da própria saúde e democracia.

Para viabilizar avanços e inovações, este capítulo oferece outros enquadramentos, com enfoque na intersetorialidade, na tecnologia social, na comparação, na inclusão, na cooperação em rede, e principalmente no resgate e ressignificação dos ativismos. A chamada para o ativismo de rua, o ativismo *online*, o ativismo institucional, o ativismo político, ativismo coletivo, se coloca mister para romper com desafios. É neste palco de reformulação de ideais, que um projeto de futuro partilhado pode ser desenhado pelos pesquisadores e o Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, ficaram evidentes três linhas de ação prioritárias que vão além do contexto acadêmico. Primeiramente, é necessário resgatar a militância para a elaboração de uma agenda de pesquisa a ser executada como agenda pública com a cooperação entre universidades e instâncias de participação e controle social. Em seguida, articular a política e a técnica para participação e controle social capaz de promover a resistência através de redes. Finalmente, criar "a" agenda - política e de pesquisa, com múltiplos atores, discutindo o reaprendizado dos processos participativos e comunitários, e da própria democracia, a fim de emancipar setores sociais em posições subalternas.

Referências

Abers, R. N.; Silva, M. K.; Tatagiba, L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política** [online]. n. 105, p. 15–46, set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ln/a/7Z3vLtvbrTykKtSfx39QSXs/?lang=pt#. Acesso em: 10 fev. 2024.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Revisão bibliométrica sobre a participação social em saúde nas américas**. Passo Fundo: Saluz, 2022d. – (Coleção Covid-19 e o Controle Social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias; v. 3). 223 p.

Cotrim JR, D. F. Centralidade da saúde pública e insuficiências do neoliberalismo em tempos pandêmicos. **Migalhas de Vulnerabilidade**. Coluna, ago. 2020. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-vulnerabilidade/331697/centralidade-da-saude-publica-e-insuficiencias-do-neoliberalismo-em-tempos-pandemicos. Acesso em: 10 fev. 2024.

GTSC A2030 - Grupo de trabalho da sociedade civil para a Agenda 2030. **IV Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável**. Brasil, 2020.

Fleury, S.; Ouverney, A. L. M. The new profile of local managers in the decentralized health system in Brazil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 809-825, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7LRjjLQHpg7KN4jcDykcp9B/?lang=en. Acesso em: 10 fev. 2024.

Kujawa, H.; Santos, L. G. de M. Perspectivas para as pesquisas sobre o controle social no SUS. **Relatório.** Henrique Kujawa e. Organização Pan-Americana de Saúde. 2022.

Kruger, T.; Oliveira, A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**. Disponível em: 10.57.10.18315/argumentum. v10i1.18621.2018. Acesso em: 10 fev. 2024.

Machado, C.; Lima, L. D. de; Baptista, T. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2024.

Machado, F. V. et al. Participação em Saúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção, impacto, visibilidade e colaboração. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], v. 28, n. 2, 2023. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/participacao-em-saude-nas-americas-mapeamento-bibliometrico-da-producao-impacto-visibilidade-e-colaboracao/18480. Acesso em: 10 fev. 2024.

Mitre, M. Ciência e ativismo político. **Diversa**. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, v. Ano 10, n. 19, 2012. Disponível em: https://www.ufmg.br/diversa/19/artigo-ciencia.html. Acesso em: 10 fev. 2024.

Paim, J. S. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 15-33. 2017. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8235/1/ppp_n49_reforma.pdf. Acesso em: 10 fev. 2024.

Pondé, M. P.; Mendonça, M. S. S.; Caroso, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 16, n. 1, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000100008. Acesso em: 10 fev. 2024.

Quesada, M. A. R.; Quintana, A. R. H. O método etnográfico e sua relação com a análise de domínio. **Biblios**, Peru, n. 61, p. 70-84, 2015. Disponível em: 10.5195/biblios.2015.250 Acesso em: 30 jun. 2023.

Rezende, J.; Cruz, I.; Rezende, M. de. A participação do movimento social na Reforma Sanitária Brasileira - entrevista com Jó Rezende e Isabel Cruz. **Saúde em Debate** [online], v. 43, n. spe8, p. 350-359, 2019. Acesso em: 10 fev. 2024.

Souza, E. C. **O Conhecimento de si** – Estágio e narrativas de formação de professores. Salvador, BA, UNEB, 2006.

Vinuto, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa:** um debate em aberto. Tematicas, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: 10.20396/tematicas. v22i44.10977. Acesso em: 10 fev. 2024.

Sobre os/as autores/as

Carla Michele Rech - Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da mesma universidade. Membro do Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (GPACE/UFRGS). E-mail: carlatsul@yahoo.com.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6749-885X

Clarete Teresinha Nespolo de David - Doutora em Serviço Social pela PUC/RS, Mestre em Sociologia pela UFRGS, Especialista em Saúde Pública pela ESP/RS-ENSP/Fiocruz. Assistente Social pela UCPel. Pesquisadora OPAS/CNS/CEAP. E-mail: claretededavid@gmail.com

Fábio André Diniz Merladet - Doutor em Pós-Colonialismos e Cidadania Global pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES-UC) e coordenador da Universidade Popular dos Movimentos Sociais (UPMS). Desde 2017 realiza consultorias especializadas para a Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (Flacso), o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Organização dos Estados Ibero-americanos (OEI) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com foco na educação popular, participação social e desenvolvimento de metodologias de organização, facilitação e sistematização de processos formativos e participativos.

Frederico Viana Machado - Doutor em Psicologia; Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutor do

Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde (PET PCSS/UFRGS) (2019-2022). Membro do Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (GPACE/UFRGS). Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS). Atua em projetos do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Editor Associado da Revista Saúde em Redes. Membro da Coordenação da Associação da Rede Unida. E-mail: frederico.viana@ufrgs.br; ORCID: 0000-0002-8884-1124.

Gabriele Carvalho de Freitas - Doutora e mestre em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (PPGSC/IMS/UERJ). Nutricionista pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Atualmente, está como consultora técnica na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DEPPROS/SAPS no Ministério da Saúde. Desenvolve pesquisa no campo da Segurança Alimentar e Nutricional, alimentação e nutrição e combate à fome. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2610-3003

Henrique Kujawa - Doutor em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINO em 2014, mestre e bacharel em História pela Universidade de Passo Fundo (2000, 1994). Educador Popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Tem experiência nas áreas: direito humano à saúde, movimentos sociais, território e territorialidade, políticas habitacionais, patrimônio cultural e desenvolvimento, tramas sociais e constituição de espaços urbanos.

Larissa G. de Magalhães Santos - Doutora em Ciência Política pela Unicamp. Mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo. Bolsista YUFE4 Marie Sklodowska-Curie na Universidade de Bremen. Pesquisadora Sênior do Global Artificial Intelligence Center. Fellow do Programa CyberBRICS da Escola de Direito Rio, Fundação Getúlio

Vargas. Foi pesquisadora associada da UNU-EGOV. E-mail: larissagms@yahoo.com.br. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9116-892X

Manuelle Maria Marques Matias - Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestra e Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ). Professora Adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (MPS/ISC/UFF). Tem se dedicado à pesquisa na área de Saúde Coletiva onde trabalha com os temas: educação permanente em saúde, gestão, participação e controle social em saúde no Brasil e América Latina e análise de políticas de saúde.

Nara Aparecida Peruzzo - Doutora em Educação pela Universidade de Passo Fundo (2017). Mestra em Educação (2012) e Graduada em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier-IFIBE (2007). Atualmente é Diretora de Organização e educadora popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP. Tem atuação e pesquisa em formação humana, educação popular, controle social no SUS e saúde pública.

Pablo Anzalone - Licenciado em Ciências da Educação. Mestre e Doutor em Sociologia pela Universidade da República Uruguai. Pós-doutorado pela Universidade de Coimbra, Portugal. Diplomado em Políticas Públicas e Inovação. Diretor de Saúde de Montevideo Uruguai 2005-2015. Dirigente sindical da Fed. Uruguaia da Saúde FUS PITCNT 1986-1995. Integrante da Comissão de Programa 1995- 2005. Consultor da OPAS Uruguai 2015-2018. Consultor Experto em ferramentas metodológicas de saúde comunitária OPAS 2024. Integrante da Rede de Municipios y Comunidades Saludables Uruguay 2020-2024 (rede de actores sociais, académicos e governos locais). Pesquisador sobre participação social em saúde. E-mail: pabloanzalone@gmail.com.

Rodrigo Silveira Pinto - Farmacêutico. Doutor em Ciências Farmacêuticas. Professor adjunto do curso de farmácia da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail:rodrigospinto@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1053-9926.

Tânia Regina Krüger - Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisadora PQ2 CNPq. Representante das Entidades Científicas na Comissão Intersetorial de Educação Permanente para Controle Social no SUS (CIEPCSS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Integrante convidada, em 2021, do projeto Formação de Conselheiros de Saúde – 2ª edição. E-mail: tania.kruger@ufsc.br. ORCID 0000-0002-7122-6088

Tatiane da Rosa Vasconcelos - Professora do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (Unama) - Castanhal/ PA. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Graduada em Psicologia pela Universidade Franciscana (UFN). Pesquisadora OPAS/CNS/CEAP - tatiane.psi@hotmail.com

Valdevir Both - Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (2008). Graduado em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier-IFIBE (1997) e licenciado em Filosofia pela Universidade de Passo Fundo-UPF (1998). Atualmente é Coordenador Executivo do Centro de Educação e Assessoramento Popular-CEAP. Tem atuação e pesquisa em Direitos Humanos, Políticas Públicas, SUS, Participação e Controle Social, Saúde, Filosofia e Educação Popular.

Wagner de Melo Romão - Professor Livre Docente em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Unicamp. Membro do Programa de Pós-Graduação

em Ciência Política da Unicamp. Co-coordenador do Núcleo de Pesquisas sobre Participação, Movimentos Sociais e Políticas Públicas (Nepac) e pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp (NEPP). Graduado em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1999), mestre (2003) e doutor (2010) em Sociologia pela Universidade de São Paulo. E-mail: wromao@unicamp.br. Orcid: 0000-0003-3725-2861

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. São autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS e para a defesa das vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

editora
redeunida

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora
redeunida

A publicação deste livro é um fato a ser valorizado e celebrado na atual conjuntura internacional e regional. A participação social é hoje uma das principais questões no campo da saúde. As três áreas de trabalho do livro são muito relevantes para a experiência brasileira, mas também são contribuições muito valiosas para todos aqueles da América Latina e do mundo que pesquisam, pensam e lutam pela participação social como chave para o progresso na saúde. As pesquisas sobre a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde na pandemia, as estratégias de educação popular e o levantamento do estado atual das publicações sobre participação social abrangem uma série de questões de enorme importância na atualidade.

(Pablo Anzalone)

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-5462-031-4
9 786554 620314