



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

Francieli Regina Bortoli

**Participação em saúde e as políticas de enfrentamento
das desigualdades sociais em saúde**

Florianópolis

2023

Francieli Regina Bortoli

**Participação em saúde e as políticas de enfrentamento
das desigualdades sociais em saúde**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski
Coorientador: Prof. Dr. Mauro Serapioni

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bortoli, Francieli Regina
Participação em saúde e as políticas de enfrentamento
das desigualdades sociais em saúde / Francieli Regina
Bortoli ; orientador, Douglas Francisco Kovalski,
coorientador, Mauro Serapioni, 2023.
202 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Participação social. 3. Conselhos
de saúde. 4. Desigualdades sociais em saúde. I. Kovalski,
Douglas Francisco. II. Serapioni, Mauro. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. IV. Título.

Francieli Regina Bortoli

Participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 01 de agosto de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Sylvio da Costa Júnior, Dr.

Ministério da Saúde

Prof. Sergio Fernando Torres de Freitas, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Tânia Regina Krüger, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.

Coordenadora do PPGSC/UFSC

Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2023.

Dedico aos meus pais, que sempre me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim. Vocês são meu maior exemplo de superação. Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa.

AGRADECIMENTOS

Mais uma vez tenho a feliz oportunidade de agradecer formalmente à todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a conclusão de mais uma etapa tão importante e significativa para mim.

Primeiramente, gostaria de agradecer à Deus, por me permitir errar, aprender, crescer, ser resiliente e capaz de enfrentar as adversidades do caminho.

À minha família, meus pais Nilo e Marilete, que sempre primaram pela minha educação. Muito obrigada pelo amor, apoio e incentivo incondicional. Mesmo com os mais de 500km de distância, sempre se fizeram presentes na minha vida. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais. Ao meu irmão Felipe, pela amizade, companheirismo e por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas. Muito obrigada!

Ao meu orientador, Prof. Douglas Francisco Kovaleski, pela orientação, compreensão e dedicação. Embora em alguns momentos eu chegasse desestimulada para os momentos de orientação, bastavam poucos minutos de conversa e palavras de incentivo para me motivar e não me deixar desistir. Agradeço por acreditar em mim e pela oportunidade de tê-lo como orientador de Mestrado e Doutorado.

Ao meu coorientador, Prof. Mauro Serapioni, também pela confiança, por prontamente me ajudar sempre que o procurei, por todos os ensinamentos, pelas sugestões teóricas e metodológicas, pelas críticas e conselhos sempre oportunos num espírito de rigor científico. Foi um convívio enriquecedor.

Estendo a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFSC, por compartilhar seus conhecimentos, vivências e experiências desde o período do mestrado.

Ao Prof. Marcelo Moreira da ULBRA, pelo incentivo e apoio desde o começo da minha trajetória profissional como docente nessa universidade.

E a todos que acreditaram em mim e contribuíram na minha trajetória acadêmica e profissional durante estes anos de construção de conhecimentos, o meu sincero agradecimento.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

O objetivo desta tese foi analisar os efeitos da participação social sobre as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido a partir da participação popular. Trata-se de um estudo de casos múltiplos de abordagem qualitativa, sobre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de Florianópolis e Criciúma, no estado de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada a partir das seguintes estratégias: i) análise documental de atas e resoluções dos CMSs correspondentes ao período de 2017-2021, além de documentos e projetos encaminhados ao CMS, bem como textos publicados na grande mídia; e ii) entrevistas, com roteiros semiestruturados, dos integrantes e/ou ex-integrantes dos CMSs. Os resultados abordam três categorias temáticas em cada um dos municípios, a saber: acesso e qualidade da atenção primária; continuidade do cuidado - atenção secundária e terciária; e grupos minoritários. Os achados deste estudo são inovadores tendo em vista que avançamos na direção de produzir evidências da influência do envolvimento comunitário nos resultados da tomada de decisões e políticas públicas de saúde, em âmbito municipal. À guisa de conclusão, o estudo realizado demonstrou, de maneira geral, um nível apreciável de influência do CMS de Florianópolis e um nível insuficiente de influência do CMS de Criciúma, nas políticas de saúde em âmbito municipal. Ressaltamos que a participação social nos conselhos de saúde tem a capacidade de fortalecer a promoção da saúde e o combate às desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, ainda que outros fatores possam interferir, assim sugere-se que a democracia e a participação são um importante caminho e precisam ser continuamente aperfeiçoadas e não relegadas.

Palavras-chave: Participação Social, Conselhos de Saúde, Disparidades nos Níveis de Saúde, Política Pública, Efetividade.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to analyze the effects of social participation on policies to address social inequalities in health, with the purpose of producing information that contributes to the improvement of the work developed based on popular participation. This is a multiple case study, with a qualitative approach, on the Municipal Health Councils (CMS) of Florianópolis and Criciúma, in the state of Santa Catarina. Data collection was carried out based on the following strategies: i) document analysis of minutes and resolutions of the CMSs corresponding to the period 2017-2021, in addition to documents and projects sent to the CMS, as well as texts published in the mainstream media; and ii) interviews, with semi-structured scripts, of members and/or former members of the CMSs. The results address three thematic categories in each of the municipalities, namely: access and quality of primary care; continuity of care - secondary and tertiary care; and minority groups. The findings of this study are innovative considering that we move in the direction of producing evidence of the influence of community involvement on the results of decision-making and public health policies at the municipal level. In conclusion, the study demonstrated, in general, an appreciable level of influence of the Florianópolis CMS and a not enough level of influence of the Criciúma CMS, in health policies at the municipal level. We emphasize that social participation in health councils has the capacity to strengthen health promotion and combat social inequalities in access to health services, even though other factors may interfere, thus it is suggested that democracy and participation are an important path and need to be continually improved and not relegated.

Keywords: Social Participation, Health Councils, Health Status Disparities, Public Policy, Effectiveness.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente comunitário de saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Humana |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSad | CAPS álcool e drogas |
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CLS | Conselho Local de Saúde |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CnR | Consultório na Rua |
| COVID-19 | Coronavírus 2019 |
| CSPN | Comitê de Saúde da População Negra |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| eCR | equipes de Consultório na Rua |
| eSB | equipes de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HIV | Vírus da imunodeficiência humana |
| HSJ | Hospital São José |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IP | Instituição Participativa |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LDO | Lei de Diretrizes Orçamentárias |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis |
| LOA | Lei Orçamentária Anual |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| ODS | Objetivos de desenvolvimento sustentável |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OP | Orçamento Participativo |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |

| | |
|--------|--|
| OS | Organização Social |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |
| PAS | Programação Anual de Saúde |
| PCB | Partido Comunista Brasileiro |
| PDS | Partido Democrático Social |
| PEP | Profilaxia pós-exposição ao HIV |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMDB | Partido do Movimento Democrático Brasileiro |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PNPSR | Política Nacional para a População em Situação de Rua |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PP | Partido Progressistas |
| PPA | Plano Plurianual |
| PPB | Partido Progressista Brasileiro |
| PPS | Partido Popular Socialista |
| PrEP | Profilaxia Pré-Exposição |
| PSDB | Partido da Social Democracia Brasileira |
| PSR | População em Situação de Rua |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| PTB | Partido Trabalhista Brasileiro |
| RAG | Relatório Anual de Gestão |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SRT | Serviço Residencial Terapêutico |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS |
| UNEGRO | União de Negras e Negros pela Igualdade de Santa Catarina |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 19 |
| 2.1 | PARTICIPAÇÃO SOCIAL..... | 19 |
| 2.1.1 | Democracia participativa e deliberativa..... | 21 |
| 2.1.2 | Linha do tempo Brasil..... | 24 |
| 2.1.3 | Participação em saúde..... | 31 |
| 2.2 | DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE | 34 |
| 2.2.1 | Breve histórico | 34 |
| 2.2.2 | O que são as desigualdades sociais em saúde? | 39 |
| 2.2.3 | As teorias que buscam explicar as desigualdades em saúde..... | 41 |
| 2.2.4 | Determinantes das condições de saúde | 43 |
| 2.2.5 | Desigualdades no estado de saúde e no uso de serviços..... | 48 |
| 2.2.6 | Soluções possíveis..... | 53 |
| 2.2.7 | Grupos minoritários | 56 |
| 2.3 | POLÍTICAS PÚBLICAS | 59 |
| 2.3.1 | Definições..... | 59 |
| 2.3.2 | Histórico | 62 |
| 2.3.3 | Teorias para análise de Políticas Públicas..... | 65 |
| 3 | CONTEXTO E METODOLOGIA DO ESTUDO..... | 69 |
| 3.1 | CONTEXTO..... | 69 |
| 3.1.1 | Os Conselhos Municipais de Saúde..... | 70 |
| 3.1.2 | Os municípios..... | 71 |
| 3.2 | MÉTODO | 76 |
| 3.2.1 | Coleta dos dados | 77 |
| 3.2.2 | Aspectos de observação | 78 |
| 3.2.3 | Análise dos dados..... | 84 |
| 3.2.4 | Aspectos éticos da pesquisa..... | 85 |
| 4 | RESULTADOS | 86 |
| 4.1 | RESULTADOS DE FLORIANÓPOLIS/SC..... | 87 |
| 4.1.1 | Acesso e qualidade da Atenção Primária | 87 |
| 4.1.1.1 | Recursos físicos e humanos | 88 |
| 4.1.1.2 | Saúde bucal..... | 91 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.1.1.3 | <i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF</i> | 93 |
| 4.1.1.4 | <i>Processo de trabalho</i> | 95 |
| 4.1.1.5 | <i>Promoção da saúde</i> | 98 |
| 4.1.2 | Continuidade do cuidado - Atenção Secundária e Terciária | 99 |
| 4.1.2.1 | <i>Fila de espera</i> | 100 |
| 4.1.2.2 | <i>Terceirização Unidades de Pronto Atendimento - UPAS</i> | 102 |
| 4.1.2.3 | <i>Saúde mental</i> | 106 |
| 4.1.3 | Grupos minoritários | 108 |
| 4.1.3.1 | <i>População em Situação de Rua</i> | 110 |
| 4.1.3.2 | <i>População Negra e População do Campo e da Floresta</i> | 114 |
| 4.1.3.3 | <i>População LGBT</i> | 118 |
| 4.2 | RESULTADOS DE CRICIÚMA/SC | 125 |
| 4.2.1 | Acesso e qualidade da Atenção Primária | 125 |
| 4.2.1.1 | <i>Recursos humanos e físicos</i> | 126 |
| 4.2.1.2 | <i>Terceirização Unidade Básica de Saúde- UBS</i> | 129 |
| 4.2.2 | Continuidade do cuidado- Atenção Secundária e Terciária | 131 |
| 4.2.2.1 | <i>Atenção hospitalar</i> | 132 |
| 4.2.2.2 | <i>Terceirização das Unidades de Pronto Atendimento- UPAs</i> | 134 |
| 4.2.2.3 | <i>Terceirização do laboratório municipal</i> | 137 |
| 4.2.2.4 | <i>Saúde do trabalhador</i> | 140 |
| 4.2.2.5 | <i>Saúde mental</i> | 143 |
| 4.2.3 | Grupos minoritários | 146 |
| 4.2.3.1 | <i>População Negra, População em Situação de Rua e População LGBT</i> | 146 |
| 5 | DISCUSSÃO | 154 |
| 6 | CONCLUSÕES | 167 |
| | REFERÊNCIAS | 170 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 198 |
| | APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA | 202 |

1 INTRODUÇÃO

A participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas e na tomada de decisões é de suma importância para tornar o sistema democrático mais inclusivo, tendo em vista o compartilhamento do poder de decisão entre Estado e sociedade civil acerca das políticas públicas (KAMETANI, 2020). No Brasil, a expansão dos conselhos trouxe consigo diversificação de áreas de políticas de modo e grau de inserção nos arcabouços institucionais de tais áreas, definindo a participação como um marco do Estado, atingindo patamares de institucionalização ímpares na história do país e em outras democracias (LAVALLE, VOIGT, SERAFIM, 2016).

Embora a dimensão participativa seja elemento comum também nas reformas dos sistemas sanitários, o sentido atribuído à participação varia consideravelmente entre os países. Serapioni, Ferreira e Antunes (2014) propõem a classificação dos mecanismos de envolvimento comunitário em três níveis: participação dos cidadãos; consulta pública; e comunicação pública. A participação dos cidadãos ocorre quando há a participação institucionalizada com legitimidade legal ou como participação ocasional, mas com o envolvimento dos usuários na priorização de necessidades, planejamento ou avaliação. A consulta pública está associada à promoção de atividades de escuta/consulta e não permite um diálogo formal entre os representantes do sistema de saúde e os usuários. E, por fim, a comunicação pública pode ser caracterizada por ter fluxo informativo unidirecional, isto é, das instituições e serviços de saúde para os cidadãos.

No Brasil, a participação social em saúde assumiu um papel central na reestruturação do sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), e encontra mecanismos formais de atuação por meio de conselhos e conferências. A Lei Federal nº 8.142/1990 garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde (BRASIL, 1990).

A existência dos conselhos de saúde permitiu a incorporação de novos atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal. No entanto, ainda há uma grande lacuna na identificação e avaliação de seus efeitos nas políticas públicas e nas condições de vida das populações que delas usufruem (SILVA, 2011).

Torna-se central o problema da efetividade da participação (ALMEIDA; CUNHA, 2011; VAZ; PIRES, 2011) nas diferentes esferas governamentais, associada a importantes heterogeneidades em termos de sua distribuição geográfica, formatos e tipos de processo, e, sobretudo, de seu desempenho. Assim, é crucial mensurar quais impactos a participação tem

produzido nas políticas públicas e nas ações dos governos (PIRES *et al.*, 2011; ZORZAL; CARLOS, 2017).

De tal modo, duas dimensões são fundamentais para se observar a efetividade participativa. Uma delas diz respeito ao processo, em que se busca avaliar a qualidade das práticas de participação e os mecanismos de educação à democracia (SERAPIONI, 2014). A outra está relacionada com os resultados da participação, cujo foco é identificar em que medida o envolvimento dos cidadãos consegue influenciar nas decisões e trazer benefícios para as comunidades (MITTON *et al.*, 2009).

A “promoção da participação” da sociedade na formulação de políticas em saúde é, além do mais, uma das cinco principais dimensões: 1. Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde; 2. Promoção da participação; 3. O papel do setor, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; 4. Ações globais sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e grupos de interesse; 5. Monitoramento do progresso: medir e analisar para informar as políticas sobre determinantes sociais (OMS, 2011, p.3). Essas dimensões devem ser trabalhadas pelos países para reduzirem as iniquidades em saúde e promoverem o desenvolvimento, definidas em 2011, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Rio de Janeiro. Essa dimensão diz respeito a criar condições para a participação social no desenvolvimento de políticas, institucionalizando “mecanismos formais, transparentes e públicos” (OMS, 2011, p.3). Notadamente, a efetiva participação da sociedade civil nos mais diversos canais participativos pode promover a inclusão de ações de difusão dos direitos dos usuários, bem como estratégias de promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade e/ou vulnerabilidade.

A participação popular foi decisiva para a implantação de políticas sociais que colocaram no centro do debate a equidade e, as desigualdades sociais, reivindicando cidadania. A equidade na saúde é um conceito que se agrega ao da universalidade, proporcionando, assim, a dimensão de construção de igualdade social, ou, pelo menos, trabalhando o conceito de equidade com justiça social. Sendo assim, a saúde apresenta, implanta e implementa as políticas de promoção de equidade na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e ampliar os direitos e a autonomia dessas populações em relação ao acesso universal e integral à saúde. Além disso, ela se articula com outras políticas sociais, tendo a participação popular como elemento estruturante das demandas e das respostas do Estado Brasileiro (SOUTO *et al.*, 2016).

Desta forma, a discussão em torno das desigualdades sociais em saúde coloca a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. No Brasil, a saúde é um direito universal

e fundamental do ser humano, assegurado pela Constituição Federal de 1988. A efetivação da saúde como direito universal deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando o direito à cidadania e o fortalecimento da democracia.

Vale frisar que o Brasil é um país territorialmente vasto, populoso, e, sobretudo, caracterizado por profundas desigualdades econômicas e sociais (MACHADO; SILVA, 2019). Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde (BARRETO, 2017).

As desigualdades sociais em saúde surgem de relações desiguais entre grupos sociais, definidas por relações políticas, sociais e econômicas, e constituem a personificação de exposições evitáveis, injustas e desnecessárias (KRIEGER, 2011; 2012b).

Costumeiramente, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação. Não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos. Da mesma forma, em que um dado país, seja rico ou pobre, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados, de forma consistente, sempre apresentam piores condições de saúde (BARRETO, 2017).

Evidências apontam que as prioridades políticas desempenham um papel importante na condução tanto das tendências dos indicadores gerais de saúde, como dos indicadores de desigualdades em saúde (ANTUNES, 2015). Ainda, outro conjunto de indícios vêm da observação de que políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social têm impactos positivos nas condições de saúde quando implementadas (BARRETO, 2017).

Diante do exposto, é substancial a ampla participação de todos os setores da sociedade, comprometidos com uma outra concepção de mundo, em que prevaleçam o respeito às diversas formas de expressão da vida, como raça, gênero e sexualidade, assim como com a emancipação dos trabalhadores de todas as formas de opressão. Para tanto, além de notáveis investimentos públicos, é essencial atuar no sentido de resgatar a ampla participação social, tal qual culminou no processo de construção do SUS (MIRANDA; CASTRO; SOUTO, 2018).

Neste âmbito, o presente estudo justifica-se a partir de três grandes motivações, a saber: a carência de estudos sobre a efetividade participativa; a inovação da proposta; e o fortalecimento da democracia participativa.

Primeiramente, vale ressaltar que embora exista uma legislação bem específica referente à participação social no controle da execução das políticas públicas em saúde, observa-se em contrapartida uma lacuna importante a ser preenchida referente à avaliação da efetividade da participação social no âmbito da saúde. No cenário nacional, muito embora as pesquisas realizadas tenham contribuído para o avanço do próprio entendimento do papel das instituições participativas e seus benefícios, a literatura indica a carência de estudos que tenham por foco a análise dos efeitos do funcionamento das instituições participativas sobre a administração pública, tornando escasso o conhecimento sobre a efetividade participativa (VAZ, 2011; SERAPIONI, 2014; ROCHA; MOREIRA; BISPO JÚNIOR, 2020). Desta forma, conhecer os efeitos dessa nova camada institucional sobre a definição e a operação das políticas se tornou não apenas pertinente, mas imperioso do ponto de vista da gestão pública.

Em segundo lugar, entendemos como inovadora a pretensão deste trabalho em agregar duas temáticas: a participação social e as desigualdades sociais em saúde. Nos últimos anos, governos e grupos da sociedade civil implementaram muitos projetos de governança participativa. Todavia, a maioria desses projetos parecem estar voltados para promover valores como a legitimidade ou a eficácia da ação pública, ao da justiça social. Diferente do Partido dos Trabalhadores de Porto Alegre – que promoveram o orçamento participativo como uma forma de “inverter” as prioridades de investimento público dos setores ricos da cidade para os mais carentes- a maioria dos políticos e funcionários públicos que implementaram práticas de participação nos últimos anos, não têm considerado a participação como um meio para aumentar a equidade da distribuição dos recursos ou o acesso aos bens e serviços públicos. Assim, os projetos de participação que eles criaram não foram, em sua maioria, voltados para promover a justiça social (FUNG, 2015). Enfim, ficam as perguntas: a justiça social ou a redução das desigualdades é considerada um escopo importante da participação promovida pelos gestores e dirigentes políticos? Ou se preocupam mais da boa governança e da legitimidade que podem ser aprimoradas pela participação?

Ainda, de maneira geral, as pesquisas realizadas no Brasil se apresentam setorizadas, o que dificulta um entendimento integral das questões relacionadas ao contexto da participação social em saúde. Por isso é importante promover, a partir do tratamento em conjunto de tais campos, a identificação e a compreensão dos potenciais efeitos da participação social a partir

dos conselhos de saúde na redução das desigualdades sociais em saúde na esfera municipal, considerando as relações e interfaces entre as duas temáticas.

A terceira motivação se refere ao desafiador contexto de retomada de batalhas que articulam o direito à saúde com democracia e a luta pela redução das desigualdades em saúde, que são oportunas e necessárias diante do cenário de turbulências democráticas no País. Espera-se que a participação social nos mais diversos canais participativos seja de luta contra os retrocessos, pois, por meio da mobilização da sociedade civil é possível combater medidas não condizentes com os direitos e interesses dos sujeitos.

Frente a esse contexto, a pergunta que orienta essa pesquisa é: A participação da população no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis/SC e Criciúma/SC consegue influenciar as políticas de enfrentamento às desigualdades sociais em saúde? Para responder tal questionamento, o objetivo do presente estudo foi analisar os efeitos da participação social sobre as políticas de enfrentamento às desigualdades sociais em saúde com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido a partir da participação popular.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro capítulo, será realizada uma contextualização mais ampla sobre a participação social, ao elencar alguns pontos de reflexão sobre democracia, com ênfase na democracia participativa e deliberativa, e como os processos de participação social são tratados por essas vertentes da teoria democrática. Traçaremos uma linha do tempo no campo das práticas participativas no Brasil e, por fim, a participação social no contexto da saúde.

No segundo capítulo, será apresentada uma análise das desigualdades sociais, traçando uma perspectiva histórica da produção teórica e empírica da desigualdade social, esclarecendo o sentido das desigualdades sociais observadas no campo da saúde e as principais teorias que buscam explicar o processo de produção de saúde e doença e seu reflexo sobre a diferenciação do estado de saúde entre os grupos sociais. Abordaremos os determinantes das condições de saúde, as desigualdades no estado de saúde e no uso de serviços, bem como os possíveis caminhos a serem trilhados no sentido de combater as desigualdades sociais. Discorreremos também sobre os conceitos de grupos minoritários.

No terceiro capítulo, uma discussão sobre políticas públicas, onde serão elencadas algumas definições relevantes sobre o termo, o histórico das políticas públicas no contexto nacional e o conjunto de lentes teóricas desenvolvidas para análise de políticas públicas.

2.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A integração do indivíduo na estrutura social vigente é essencial para o bem-estar social e a igualdade na saúde, ao englobar as dimensões material, psicológica, social e política. Todos os esforços no sentido de reduzir as desigualdades na saúde devem envolver a participação ativa da sociedade nas decisões que refletem na vida coletiva.

Participação é uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular da modernidade. Ela pode aparecer associada a outros termos como democracia, representação, direitos, organização, conscientização, cidadania, solidariedade, exclusão etc., dependendo da época e da conjuntura histórica (GOHN, 2019).

Na literatura, vários autores fundamentaram o sentido conferido à participação. Segundo Lavalle:

“Participação” é, a um tempo só, categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática com pesos variáveis segundo as vertentes teóricas e os autores, e procedimento institucionalizado com funções delimitadas por

leis e disposições regimentais. A multidimensionalidade ou polissemia dos sentidos práticos, teóricos e institucionais torna a participação um conceito fugidio, e as tentativas de definir seus efeitos, escorregadias. Não apenas em decorrência de que a aferição de efeitos é operação sabidamente complexa, mas devido ao fato de sequer existirem consensos quanto aos efeitos esperados da participação, ou, pior, quanto à relevância de avaliá-la por seus efeitos. (LAVALLE, 2011, p. 33)

No Brasil, a categoria “participação”, a rigor, primeiramente não foi – e ainda hoje predominantemente não é – uma categoria analítica da teoria democrática. A ideia da participação entra no panorama nacional como uma categoria prática, ou seja, uma categoria mobilizada para conferir sentido à ação coletiva de atores populares. O entendimento atual da participação encontra suas premissas mais diretas no ideário participativo construído a partir dos anos 1960 (LAVALLE, 2011).

Segundo Gohn (2016), é possível analisar a participação de acordo com três níveis básicos:

...o conceptual, o político e o da prática social. O primeiro apresenta um alto grau de ambiguidade e varia segundo o paradigma teórico em que se fundamenta. O segundo, dado pelo nível político, usualmente é associado a processos de democratização (em curso, ou em lutas para sua obtenção), mas ele também pode ser utilizado como um discurso mistificador em busca da mera integração social de indivíduos, isolados em processos que objetivam reiterar os mecanismos de regulação e normatização da sociedade, resultando em políticas sociais de controle social. O terceiro, as práticas, relaciona-se ao processo social propriamente dito; trata-se das ações concretas, engendradas nas lutas, movimentos e organizações, para realizarem algum intento, ou participar de espaços institucionalizados na esfera pública, em políticas públicas. Aqui a participação é um meio viabilizador fundamental (GOHN, 2016, p.16-17)

Considerando-se os objetivos deste estudo e conforme já mencionado anteriormente, o foco aqui será dado ao terceiro nível, o da prática social, visando analisar os prováveis efeitos da participação.

Além de promover o ideal da democracia no sentido do “governo do povo e pelo povo”, Luchmann (2012) considera que a participação é entendida como um importante mecanismo de aprendizado político, no sentido de permitir o desenvolvimento de atitudes e comportamentos considerados fundamentais para uma sociedade democrática. Assim, como processo educativo, a participação possibilitaria, entre outros, a aquisição e o aumento de informações, o desenvolvimento de virtudes cívicas, a exemplo da cooperação, do respeito e da tolerância e de habilidades políticas, na conformação de uma cidadania pautada na autonomia, dimensão central da democracia.

Observa-se, no resgate das concepções acima, que a participação objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social,

sem injustiças, exclusões, desigualdades, discriminações, etc. Essa concepção de participação é marcada pelo pluralismo, em termos de classes, camadas sociais e perfis político-ideológicos. Nos processos que envolvem a participação popular, os indivíduos são considerados como “cidadãos” e a participação se articula com o tema da cidadania, envolvendo também lutas pela divisão das responsabilidades dentro de um governo. Essas lutas possuem várias frentes, como a constituição de uma linguagem democrática não excludente nos espaços participativos criados ou existentes, o acesso dos cidadãos a todo tipo de informação que lhes diga respeito e o estímulo à criação e ao desenvolvimento de meios democráticos de comunicação (GOHN, 2019).

Muitos dos debates que envolvem a questão da participação cidadã na vida coletiva situam-se, no entanto, em abordagens da ciência política (SERAPIONI; MATOS, 2013). Nas últimas décadas, especificamente, tem havido um crescente interesse nos métodos deliberativos como uma estratégia inovadora para reforçar a interação entre os decisores políticos e os cidadãos, gerando uma democracia mais forte e contribuindo para decisões de qualidade. A participação por meio de práticas deliberativas adotou diversas formas nas diversas esferas da vida social, moldadas por duas vertentes teóricas da teoria democrática: "democracia deliberativa" e "democracia participativa" (SERAPIONI; MATOS, 2014).

2.1.1 Democracia participativa e deliberativa

No tópico em questão, mesmo que de forma sucinta, serão apresentados alguns pontos de reflexão sobre democracia, com ênfase na democracia participativa e deliberativa, e como os processos de participação social são tratados por essas vertentes da teoria democrática. Essas duas vertentes, consideradas modelos distintos, surgem como propostas de renovação democrática, com o intuito de superar os limites da democracia representativa que reduz a intensidade democrática ao restringir a participação da sociedade à escolha de seus representantes através do voto, mas sem a participação ativa nas decisões do Estado e na vida pública.

Os debates sobre a renovação da democracia remontam, ao menos, à década de 1970, quando teóricos de países centrais propuseram a revitalização de instrumentos, como a participação direta dos cidadãos nos assuntos públicos, em contraposição a um modelo de democracia representativa que se tornou hegemônico e que teria reduzido à democracia ao seu caráter procedimental. Essa primeira proposta alternativa foi denominada democracia participativa, a qual propõe revitalizar enfoques que promovam a busca do bem comum, a

ampla inclusão política e a cidadania ativa (FONSECA, 2019). Tendo como alicerce o caráter educativo da participação destacado por Pateman (1992), considerando o termo educação em seu sentido mais amplo. Só se aprende a participar participando, ou seja, quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado para fazê-lo, e os resultados humanos do processo fornecem importante justificativa para um sistema participativo. Assim, o papel educativo mostra-se como a principal função da participação, tanto com relação ao aspecto psicológico quanto no de aquisição de habilidades, desenvolvidas na prática, para a realização de procedimentos democráticos.

Essa vertente surgiu em um contexto que valorizava experiências de autogoverno e a autonomia da sociedade civil. Assim sendo, é natural que sua prática política valorize os níveis locais e as experiências democráticas em pequena escala, bem como que tenha uma visão predominantemente negativa do Estado como estrutura autoritária. Apesar de seu foco na pequena escala, a visão da democracia como processo educativo implica que somente é possível o alcance de uma sociedade verdadeiramente democrática no momento em que as novas experiências contribuam para repensar o sistema político mais amplo, em larga escala (FONSECA, 2019).

O nível de amplitude no espaço e no tempo, defendido pela vertente participativa, indica a ênfase em uma mudança substantiva e radical no modo como a democracia é exercida. Não basta apenas a criação de fóruns participativos e a inclusão de alguns cidadãos nas decisões públicas. É fundamental caminhar em direção a uma sociedade participativa, em que a participação seja não somente um aspecto da vida, mas um modo de vida em si (PATEMAN, 2012).

Os elementos de inclusão política e o papel educativo da participação – tão centrais em seus primeiros teóricos – tornaram-se símbolos da vertente participativa ao longo dos anos de debate teórico, mas é primordial não esquecer que uma real democracia participativa vai muito além dessas características e exige mudanças estruturais, uma ampla reformulação da democracia e uma democratização de estruturas de autoridade em todos os sistemas políticos (PATEMAN, 1970).

A abordagem da democracia participativa se baseia em um projeto firmemente ancorado na formulação de políticas públicas que efetivamente combatem a desigualdade por meio de novas práticas participativas (SERAPIONI; MATOS, 2014). Fundamenta-se na ideia de que os cidadãos têm os conhecimentos específicos e a capacidade para se envolver e intervir nos processos políticos e influenciar as decisões técnicas, e considera a participação como um direito universal que deve ser exercido livremente (SANTOS, 1998; PATEMAN, 2012).

Em acréscimo aos desenvolvimentos teóricos das concepções representativa e participativa, os anos 1980 e 1990 viram emergir uma nova proposta teórica intitulada democracia deliberativa. Tal vertente, por sua vez, pretende ser um avanço tanto em relação à vertente representativa quanto à democracia participativa. Essa perspectiva assume boa parte das críticas feitas por sua predecessora ao modelo hegemônico, mas critica a democracia participativa por sua insuficiente força empírica, na qual não são claramente propostas metodologias para colocar em prática o ideal de aprofundamento democrático. Desse modo, a democracia deliberativa surge com base em um esforço mais teórico que empírico, com ênfase no desenvolvimento de metodologias que permitissem ampliar a intensidade democrática, pautada pelo debate na esfera pública. Tal debate deve ser orientado pela argumentação racional envolvendo indivíduos livres e iguais. O conflito seria reduzido a partir de soluções baseadas na força do melhor argumento (FONSECA, 2019).

A concepção deliberativa da democracia considera a participação dos cidadãos, nas deliberações e nas tomadas de decisão, o elemento central da compreensão do processo democrático. Enfatizando os elementos formais e normativos, o procedimento da deliberação é mais do que uma etapa de discussão que antecede a tomada de decisão, ela tem o objetivo de justificar as decisões a partir de razões que todos poderiam aceitar. Logo, o procedimento deliberativo da razão pública é “fornecer um espectro de razões que poderiam ser aceitas por todos os possíveis atingidos, ainda que nem todos compartilhem com o tema ou assunto em questão, ou com a mesma filosofia de vida” (LUBENOW, 2010).

Um pressuposto geral da teoria que informa a democracia deliberativa é de que a legitimidade das decisões políticas decorre de procedimentos dos quais participam aqueles que possivelmente serão afetados por elas (HABERMAS, 2003). Alguns teóricos entendem que, para que isso ocorra, é necessária a existência de fóruns deliberativos plurais e inclusivos, destacados do sistema político, mas que com ele estabeleçam algum nível de interação, com capacidade de produzir decisões legítimas acerca de ações públicas, aproximando cidadãos e responsáveis pelas políticas públicas. Seriam espaços institucionais que articulam sociedade e Estado e que conectam deliberação e resultados em situação de pluralidade de valores e concepções (LÜCHMANN, 2002; GUTMANN; THOMPSON, 2004).

Na década de 90, Habermas coloca forte destaque na questão da "institucionalização". Com isso, pretender resolver o problema de como a formação discursiva da opinião e da vontade pode ser institucionalizada, da ação recíproca entre as esferas informais do mundo da vida com as esferas formais dos processos de tomadas de decisão institucionalizados, de como transformar poder comunicativo em poder administrativo. O pensamento político habermasiano

dirige-se a uma teoria da democracia, voltada para termos institucionais. Por isso, a atenção com os pressupostos, os arranjos institucionais e os mecanismos de controle político (LUBENOW, 2010).

A operacionalização do procedimento ideal de deliberação e tomada de decisão, ou seja, das políticas deliberativas, depende, segundo a teoria do discurso, da institucionalização dos procedimentos e das condições de comunicação, bem como da inter-relação de processos deliberativos institucionalizados com as opiniões públicas informalmente constituídas (HABERMAS, 2003).

Por intermédio do "procedimento ideal de deliberação e de tomada de decisão", Cohen elabora sua concepção de democracia deliberativa:

A democracia deliberativa está ligada ao ideal intuitivo de uma associação democrática, na qual a justificação dos termos e condições da associação procedem através dos argumentos públicos e do raciocínio entre cidadãos iguais. Cidadãos que compartilham um compromisso para a solução dos problemas da escolha coletiva através do raciocínio público e consideram suas instituições fundamentais como legítimas, na medida em que eles estabelecem a moldura para a deliberação pública livre. (COHEN, 1989, p. 21)

Assim como Habermas e Cohen, Bohman (1996) também busca analisar como as instituições públicas podem tornar-se mais democrática através da deliberação pública. Para o autor, a deliberação é "um processo dialógico de intercâmbio de razões (*reasons*) cujo objetivo é solucionar situações problemáticas que não seriam resolvidas sem a coordenação e a cooperação impessoal" (BOHMAN, 1996, p.27).

Entretanto, Cohen e Bohman fazem uma crítica à visão habermasiana que tende a considerar que cabe aos cidadãos contemporâneos apenas criticar e influenciar as decisões das instituições e não a autoria de tais decisões. De acordo com os autores, o modelo de democracia deliberativa que se assenta no princípio procedimental de soberania popular estaria muito centralizado na arquitetura institucional e, desse modo, Habermas subestima a soberania popular na democracia contemporânea e a possibilidade da deliberação pública efetiva (COHEN, 1998; BOHMAN, 1996). Em contrapartida, Bohman (1997) e Warren (2002) tentam desenvolver modelos de democracia com base em um conceito de democracia que, embora articulado na sociedade civil e na esfera pública, seja, todavia, mais amplo e mais descentralizado das relações institucionais.

2.1.2 Linha do tempo Brasil

Neste tópico é possível notar como o campo das práticas participativas foi construído na década de 80, sua trajetória até os tempos atuais e também as contribuições para o aprofundamento da democracia no Brasil. Nos últimos 35 anos o país experimentou mudanças significativas no padrão de ação coletiva que alteraram notadamente a organização política e social do país.

Ao longo dos anos 1980, o processo de transição democrática no Brasil e em outros países da América Latina, associado aos eventos no Leste Europeu, conferiu uma nova dinâmica à discussão sobre o conceito de democracia. Essa discussão incorpora uma das consequências mais importantes da crise dos paradigmas clássicos de transformação social, que é o novo estatuto, no âmbito teórico e político, que assume a questão da democracia em todo o mundo (DAGNINO *et. al.*, 1998).

No Brasil, em meados da década de 80 ficaram evidentes as mudanças no cenário da mobilização social. Com o fim da ditadura militar em 1985, o país revive um contexto histórico de movimentos, lutas, organizações e transformações no processo de redemocratização. O restabelecimento do regime democrático possibilitou uma ampliação dos movimentos sociais, num patamar nunca visto até então, passando a abranger temáticas, que, antes desse período, eram desconsideradas.

A década de 1980 foi extremamente rica do ponto de vista das experiências político-sociais, a luta pelas Diretas Já, em 1984, e pela implantação de um calendário político que trouxesse de volta as eleições para a presidência do País, a luta pela redução do mandato presidencial, o processo Constituinte, o surgimento das Centrais Sindicais (Conclat, CGT, CUT, Usis, Força Sindical), a criação de entidades organizativas amplas do movimento popular (Anampos, Conam, Pró-Central), o surgimento de inúmeros movimentos sociais em todo o território nacional, abrangendo diversas e diferentes temáticas e problemáticas, como das mulheres, negros, crianças, meio ambiente, saúde, transportes, moradia, estudantes, idosos, aposentados, desempregados, ambulantes, escolas, creche etc., todos, em seu conjunto, revelavam a face de sujeitos até então ocultos ou com vozes sufocadas nas últimas décadas. (GOHN, 2011, p. 126)

Portanto, a partir de 1980 e com a aprovação da Constituição em 1988, importantes mudanças foram instituídas no Brasil no que diz respeito ao sistema de representação política e aumento substancial da participação, através de mecanismos horizontais para a participação da sociedade civil nas decisões do país, ampliando as possibilidades de construção e inovação democrática. Com isso, os grupos socioeconomicamente mais vulneráveis da sociedade brasileira, passam a ser inseridos em espaços institucionais, na busca de garantia e ampliação de direitos sociais.

A criação e a expansão de diferentes modalidades de participação da população, junto aos espaços e processos de discussão e formulação de políticas públicas, ocorreu em diversos países da América Latina e, de maneira especial, no Brasil, formando um quadro de “inovação democrática” caracterizado, como analisam Isunza Vera e Gurza Lavalle (2010, p. 21), por processos de criação e inovação institucional que, para além de modalidades diretas de participação política a exemplo do plebiscito, do referendo ou da iniciativa de leis de base popular, registra a criação de “modalidades contínuas – não extraordinárias – de incidência popular sobre o poder público e seu aparato administrativo, e inclusive sobre o próprio sistema político”.

Nesse contexto, a retomada oficial do regime democrático brasileiro foi fortemente caracterizada pela institucionalização da mobilização social que definiu as orientações político-ideológicas das lutas contra o regime autoritário. Os espaços participativos institucionais, também denominados na literatura de Instituições Participativas (IPs), se difundiram de forma significativa pelo território brasileiro nas diferentes esferas de governo (TRINDADE, 2017). Avritzer (2008, p.45) define as IPs como espaços que possibilitam “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas”.

De forma sintética, essas instituições são entendidas como canais decisórios relacionados com a formulação e a implementação de políticas públicas. As mesmas tiveram início na década de 1990 e contaram com intensa proliferação pelo território brasileiro, nas diferentes esferas de governo, na primeira década do século XXI, principalmente na forma de conselhos gestores e conferências temáticas em âmbito nacional (DAGNINO, TEIXEIRA, 2014). Ao longo da década de 1990, a experiência do Orçamento Participativo (OP) também ganhou destaque em várias cidades importantes do país, tendo em Porto Alegre sua principal referência (ABERS, 2000; AVRITZER, 2002).

A participação institucional impactou, em grande medida, a dinâmica da mobilização social, uma vez que a atuação dos movimentos sociais ganhou novos importantes desafios como o advento do regime democrático. A principal mudança nesse cenário estava relacionada à necessidade de construir a política junto com o estado e não apenas demandar dele ou lutar contra. Esse processo foi ainda mais complexo naqueles municípios que foram palco de vitórias eleitorais das frentes populares aglutinadas especialmente em torno do partido dos trabalhadores (TRINDADE, 2017).

Em suma, entre 1985 e 2013, Avritzer (2017) considera que o Brasil desenvolveu um padrão participativo que se concentrava em gerar participação entre os pobres, ao envolver pessoas com renda entre um e cinco salários mínimos e até oito anos de escolaridade nas

IPs. Após 1990, a institucionalização da participação no Brasil ajudou a estabelecer um projeto participativo (DAGNINO *et al.*, 2008) através do qual o governo iniciou a participação e os atores sociais aderiram ao processo, fortalecendo a participação como um todo. Como resultado desse processo, o Brasil vê um impulso nas políticas sociais distributivas patrocinadas pelo estado nos níveis local e federal do governo (AVRITZER, 2017).

Em contrapartida ao padrão de participação notado no Brasil até então, a literatura indica que a participação nos Estados Unidos e em países como a Itália é dominado pela classe média (VERBA, 1995; PUTNAM, 1993, 2006). Esse padrão não leva à participação política direta, mas tem um impacto político e permite que setores conservadores aumentem sua influência política. Uma possível explicação para o desvio do Brasil de tal padrão de participação é o longo ciclo de participação centrado nos atores sociais pobres, já que o público pertencia a um certo tipo de associação pública / política (AVRITZER, 2017).

Contudo, a partir de meados dos anos 2010, a conjuntura política e econômica do Brasil contemporâneo, demonstrou um cenário em que a extrema-direita se fortaleceu e abriu espaços para atores reacionários ascenderem no plano nacional, culminando na consolidação do governo de Jair Bolsonaro (2018-2022). Todavia, apesar de suas narrativas mobilizadas sugerirem uma espécie de resistência contra hegemônica às forças transnacionais ligadas à ordem mundial neoliberal, a realidade se torna um pouco mais complexa. Centrando a análise no caso brasileiro, autores argumentam que

“estes movimentos reacionários não objetivam, de fato, materializar resistências e alternativas contra-hegemônicas àqueles que se beneficiaram diretamente da globalização neoliberal. Pelo contrário, as ideologias que os mobilizam em nada derivam de um caráter genuinamente emancipador e alternativo, acabando por apenas reafirmar uma estrutura que favorece o status-quo de influência e poder de elites transnacionais capitalistas”. (OLIVEIRA, ARAÚJO, BELFI, 2022, p.3)

Diante do contexto supracitado, em junho de 2013, com as manifestações de rua que tomaram conta do Brasil, se inicia um segundo período no Brasil, no qual a participação assumiu uma configuração diferente. Esse polo foi formado por uma classe média que anteriormente era uma parte secundária das políticas participativas, de acordo com dados corroborados pelo nível de participação no Orçamento Participativo e nas associações de bairro. No entanto, esse grupo expressa um polo diferente porque seu centro nunca foi de políticas participativas, mas de participação em instituições de caridade e associações profissionais. Logo, foi de maneira gradual que esse processo ocorreu: inicialmente o polo

participativo foi pluralizado e depois se transformou numa divisão entre forças progressistas e conservadoras (AVRITZER, 2017).

Tatagiba (2014) aponta que após as manifestações de junho abre-se um ciclo, que levou a cabo um contraditório e multifacetado “desejo de mudança”, já sendo possível enxergar uma disputa entre projetos políticos distintos. Para a autora,

[...] as características dos protestos de junho permitem supor que entramos em uma nova fase de mudanças, na qual os movimentos sociais tradicionais e os partidos políticos de esquerda disputam e/ou compartilham o protagonismo das lutas sociais com um leque mais diversificado de atores que emergem na cena pública portando um conjunto variado de demandas e projetos políticos. (p. 58)

Essa afirmação põe junho de 2013 “em disputa”, sendo que os atos atraíram grupos sociais alinhados a distintos projetos políticos. De algum modo, os repertórios de mobilizações que se sucederam nos anos seguintes apontam para uma tensão ainda em curso, mas de afastamento do projeto político democrático-participativo, conforme o quadro analítico sugerido por Dagnino (2002). A autora usa o termo projeto político num sentido próximo da visão gramsciana, para designar os “conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos” (DAGNINO, 2002, p. 282).

Outro grande ciclo de protestos ocorreu em 2015 e 2016. Neste período, além da rearticulação ao projeto neoliberal, as grandes manifestações que aconteceram expressavam descontentamento com o governo federal e exigiam o afastamento, o impedimento ou a renúncia da presidenta Dilma Rousseff em diversas cidades do país e, finalmente, o Brasil viu a hegemonia do campo participativo ser tomada por setores conservadores impulsionados pelo antipetismo (ORTELLADO; SOLANO, 2016; SOUZA, C., 2016; AVRITZER, 2017).

De modo geral, fica claro que as novas formas de protesto público marcam a mudança no repertório da ação coletiva (AVRITZER, 2017), assim como não há uma descontinuidade entre 2013 e 2015- 2016, ou seja, o pico das mobilizações em 2013 cria oportunidades políticas inéditas para os setores oposicionistas, à direita e à esquerda do PT, conformando um cenário de crise política que, associado à crise econômica, abre caminho para o Golpe Jurídico-Parlamentar de 2016 (TATAGIBA; GALVÃO, 2019; MORGAN; NAJJAR, 2020).

No nível internacional, o ano de 2016 ficou marcado na história das democracias modernas por acontecimentos bastante relevantes: no Reino Unido, um referendo popular ditou a saída do país da União Europeia, mais conhecida como *Brexit*, e a consequente demissão do Primeiro Ministro; na Colômbia, um plebiscito determinou a rejeição do acordo de paz entre o

Governo e as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia, que colocaria fim a mais de 50 anos de guerrilha no país; nos Estados Unidos da América, a eleição do Donald Trump, como Presidente, gerou uma onda de perplexidade e preocupação que extravasou fronteiras (FEDOZZI; CORRADI; RANGEL, 2016).

Após esse conjunto de acontecimentos, uma crise política é instaurada no Brasil, e junto com ela surge uma grande descrença sobre o funcionamento das instituições participativas, tendo em vista as dúvidas a respeito de sua sobrevivência ou resistência em um cenário político nacional que parece apontar para a retração das oportunidades de participação institucional (ALMEIDA, 2017). Avritzer (2017), naquele período, dizia que era impossível prever se haveria um terceiro momento, o qual provavelmente seria uma consequência da forte polarização com a mobilização progressiva e conservadora.

Por ora, o desdobramento mais recente da onda conservadora no Brasil, foi a eleição em 2018 de Jair Messias Bolsonaro, um político de extrema direita, com inclinações autoritárias e retórica liberal que tornam ainda maiores as preocupações com a democracia do Brasil (HUNTER, POWER, 2019). Em abril de 2019, logo após assumir o cargo da presidência, foi publicado o Decreto nº 9.759, que pretendia extinguir e limitar os colegiados da administração federal que tivessem sido criados a partir de decretos ou outros atos inferiores (BRASIL, 2019b). O decreto em questão ia contra a ampliação e até mesmo a manutenção da democracia participativa vigente até então, e inclui vários espaços de participação:

Art. 2º Para os fins do disposto neste Decreto, inclui-se no conceito de colegiado: I-conselhos; II-comitês; III-comissões; IV-grupos; V-juntas; VI-equipes; VII-mesas; VIII-fóruns; IX-salas; e X-qualquer outra denominação dada ao colegiado. (BRASIL, 2019b)

O decreto supracitado foi revogado no ano de 2023 (BRASIL, 2023). Ainda assim, frente a tal panorama, constata-se que tínhamos no país um projeto político contrário aos princípios democráticos, além de intolerante às diferenças, principalmente nos âmbitos raciais, de gênero e de sexualidade, que buscava explicitamente excluir as parcelas mais pobres e marginalizadas da sociedade (MARQUES, 2020). Ademais, apesar da grande conquista no campo da democracia política, ainda convivemos com uma desigualdade social imensa. Essa situação leva a uma descrença no Estado e em qualquer possibilidade de mudança, fato que, conciliado a valores neoliberais incorporados pela sociedade, cria uma visão imobilizadora que tende a reproduzir as injustiças e não transformá-las (COELHO, 2012). A desigualdade social leva à desestruturação do conceito de cidadania, ou seja, o sentido dado à cidadania é diferente

de acordo com a condição social, a situação de trabalho, o pertencimento a sistemas de seguridade social (STOTZ, 1995).

Atualmente, a esperança de mudanças para a retomada das bases da Constituição Federal de 1988 está direcionada para o terceiro mandato de Lula na Presidência do Brasil, após o processo eleitoral mais importante e duro da história da democracia brasileira. Lula, venceu as eleições em 30 de outubro de 2022, e sua grande tarefa tornou-se reconstruir o País, a democracia, a unidade e a esperança, implementando, ao mesmo tempo, políticas sociais capazes de reduzir as enormes desigualdades herdadas (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2022).

Por fim, com base nesse breve histórico, podemos concluir que a construção democrática, tal como definida por Dagnino (2002), não é um processo linear, mas contraditório e fragmentado, pois pressupõe que a sociedade civil nem sempre está voltada para o aprofundamento democrático e, muitas vezes, o desenho autoritário do Estado permanece resistente à participação. Ou seja, nas relações entre Estado e sociedade civil há um campo de disputas que é pleno de contradições, de diferentes interesses que nem sempre compatibilizam com processos democráticos e participativos. Mas, diante de alguns avanços conquistados nesse campo de lutas, há que se investir nesse movimento democrático e participativo para solidificar propostas de uma inserção mais incisiva da sociedade civil, sobretudo se considerarmos que historicamente ela foi excluída de processos de tomada de decisão política.

Vale considerar, segundo Semeraro (1999, p. 70)

Para Gramsci, a sociedade civil é, antes de tudo, o extenso e complexo espaço público não estatal onde se estabelecem as iniciativas dos sujeitos modernos que com sua cultura, com seus valores ético-políticos e suas dinâmicas associativas chegam a formar as variáveis das identidades coletivas. É lugar, portanto, de grande importância política onde as classes subalternas são chamadas a desenvolver suas convicções e a lutar para um novo projeto hegemônico enraizado na gestão democrática e popular do poder.

Gramsci confere uma ênfase particular à criatividade e à capacidade de iniciativas que devem aprender a desenvolver as classes subalternas. Estas, mais do que preocupar-se em resistir à opressão, são chamadas a buscar formas para sair da submissão e arquitetar os termos de uma nova sociedade (SEMERARO, 1999).

Juntamente com o processo de democratização do país ocorreram grandes conquistas no campo da saúde, tendo sido lideradas por movimentos e profissionais da saúde, coletivamente pertencentes ao Movimento da Reforma Sanitária. O atual sistema público de saúde tem raízes nos movimentos dos anos de 1980, o qual garante a universalidade do acesso,

bem como a participação da sociedade civil no seu processo de gestão. Haja vista a importância do debate a respeito da inserção da sociedade civil no processo de tomada de decisões públicas, a seção seguinte discorre sobre o desenvolvimento da temática da participação social na política setorial da saúde.

2.1.3 Participação em saúde

No contexto nacional, o processo de redemocratização e os movimentos sociais têm construído suas histórias com vistas a exercer a cidadania, garantindo os direitos sociais e de ampliar a democracia, com a introdução de novas formas de participação política. Em meados da década de 1970, com a retomada das mobilizações dos movimentos sociais a área da saúde também foi alvo de lutas e reivindicações, impulsionadas pelo próprio conceito ampliado de saúde, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária.

No setor saúde, as condições objetivas predisponentes de mobilizações foram: sistema de saúde com cobertura insuficiente e qualidade precária e diferenças nas condições de saúde, segundo a classe social. A tomada de consciência dessa situação, o reconhecimento da possibilidade de enfrentá-la, o compartilhamento da história pessoal com outros indivíduos (construção de identidade), o sentido de pertencimento e a participação comunitária levam às ações transformadoras. Assim, surge a politização de demandas, na qual a saúde passa a ser vista como um direito social, as reivindicações, e a construção de princípios relacionados ao conceito ampliado de saúde, à gratuidade, à equidade e à participação ampla nas decisões. Dessa forma, a consciência sanitária colabora na ampliação dos limites da cidadania, configurando-se como causa e consequência de uma consciência social (VALLA; STOTZ, 1994).

O Movimento de Reforma Sanitária foi interlocutor da luta pelo direito universal pela saúde, democratização do Estado brasileiro e por uma política que superasse o modelo autoritário e fragmentado da política social (SOARES, 2012). Destarte, com o advento da nova Constituição Federal em 1988, a saúde foi considerada como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), e em seu conteúdo foram adotados os conceitos e pressupostos elaborados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizativos, a exemplo da participação social (ESCOREL, 2008).

Logo, o processo de construção do SUS envolveu a participação de diversos atores sociais unidos no Movimento de Reforma Sanitária que defendia o projeto de um sistema de

saúde abrangente, com políticas públicas capazes de incidir sobre as condições de vida e de trabalho da população.

Dessa forma, o processo de luta pelo direito à saúde é um exemplo claro da formação de atores sociais, simultâneo à construção e ampliação da cidadania. O direito à saúde evoluiu significativamente com a concepção ampliada de saúde-doença trazida pelo Movimento de Reforma Sanitária. Porém consolidar essas conquistas do plano legal e transformá-las em conquistas reais no cotidiano da sociedade brasileira é um grande desafio (COELHO, 2012).

O processo de democratização na saúde que teve como marco legal a Constituição Federal de 1988, conta com a participação social como um dos princípios doutrinários do novo sistema de saúde (BRASIL, 1988), e, posteriormente, a Lei nº 8142/90, passou a regulamentar a participação popular na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas, nas três esferas de governo, os conselhos e as conferências de saúde (BRASIL, 1990).

Apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei supracitada, autores destacam que tanto os conselhos quanto as conferências de saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo sido instituídos em 1937, entretanto, com formatos e objetivos distantes da perspectiva da participação social na gestão. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação de legislações posteriores, as conferências e os conselhos foram ganhando destaque e importantes atribuições como instâncias de participação da comunidade e controle social da política de saúde (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2020).

No âmbito do SUS, a participação social foi concebida na perspectiva de que os setores organizados da sociedade participem da definição, da formulação e do acompanhamento da execução das políticas públicas. Portanto, reconhece o direito da população de participar das decisões que afetam sua vida cotidiana e promove a democratização para o controle social das instituições (VÁZQUEZ *et al.*, 2002).

Os conselhos têm caráter permanente e deliberativo, devem formular estratégias e controlar amplamente a execução de políticas, sua composição é paritária, sendo 50% de usuários e a outra metade dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde. Já as Conferências de Saúde têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor, e ocorrem com periodicidade de quatro anos, são compostas por diversos segmentos sociais e convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Os conselhos de saúde, como espaços de poder, conflito e negociação, apresentam avanços consideráveis no exercício do controle social e na ampliação da cidadania (SCOREL,

MOREIRA, 2012), assim como é reconhecida a importância das conferências para a democratização do sistema de saúde (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2020). Entretanto, mesmo que, cada vez mais, tem-se discutido as possibilidades de potencializar tais espaços de participação, vários estudos sinalizam que há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação nesses espaços seja efetiva na condução de políticas públicas. Conforme constata Martins *et al.* (2008, p. 111) “apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade”.

Diversos fatores podem exercer influência no processo participativo dessas instâncias. A respeito dos conselhos, Serapioni e Romani (2006) citam a composição, a representatividade das instâncias colegiadas e a dificuldade dos porta-vozes dos cidadãos de exercerem sua influência nos processos de tomada de decisões dos gestores. Ainda no caso dos conselhos, autores acrescentam outros fatores que possivelmente estão relacionados, a saber: a disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, a cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do executivo com o legislativo, a ação de lideranças, a origem social dos membros dos próprios conselhos, entre outros (FLEURY *et al.*, 2010).

Quanto às Conferências de Saúde, um dos aspectos a se considerar é que, para atenderem aos seus objetivos, as mesmas devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2017). Além do mais, o acesso e a participação precisam ser qualificados, com maior divulgação, mobilização popular, empoderamento e articulação com outros espaços de debate, reflexão e formação (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2020).

Por fim, os obstáculos precisam ser enfrentados em busca de uma real democratização do sistema de saúde e para além dele, pois, além de questões técnicas, há um importante contexto político, com disputas que envolvem diferentes interesses, ideologias e projetos de sociedade (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2020).

Cabe frisar que a participação social, assim como a saúde, não são direitos garantidos, mas encontram-se em permanente disputa. A Constituição Federal e os anos subsequentes à sua promulgação não garantiram completa transformação na estrutura social do país, sobretudo no que se refere ao enfrentamento das iniquidades, o que também se reflete nos espaços de poder. Porém verifica-se que a construção coletiva, com participação popular e envolvimento de distintos atores e atrizes no processo, tem favorecido avanços em meio a essas disputas. Todavia, há que se transformar as práticas apontadas como barreiras e limitações dos espaços participativos, para que não se reproduzam modelos de participação meramente validatórios

das decisões tomadas pela gestão ou que reproduzam a exclusão e a centralização de poder em grupos privilegiados (RICARDI, SHIMIZU, SANTOS, 2020).

Nesse sentido, embora o surgimento da prática da participação social tenha sido, inicialmente, motivado pela necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, é possível, por meio dessa participação, avançar na construção de uma rede de serviços de saúde em que todos os envolvidos lutem por seus direitos e estejam comprometidos com o coletivo (VENTURA *et al.*, 2017). No âmbito dos Conselhos e Conferências de Saúde, esses podem despontar como espaços democráticos para a concretização da participação social, capaz de contribuir para melhoria do acesso e organização dos serviços de saúde, de forma mais resolutiva e equânime.

Como forma de diminuir as desigualdades sociais em saúde, os governos podem criar mecanismos para facilitar a participação social, assegurando uma representatividade mais equitativa já que “a implementação de políticas que atuem sobre os determinantes sociais precisam ter legitimidade e dar voz a todas as partes envolvidas” (OMS, 2011, p.13). Isso se daria por meio da institucionalização de mecanismos formais, transparentes e públicos, oferecendo incentivos, subsídios, acesso à informação e treinamento às partes interessadas, aumentando a autonomia das comunidades, atingindo melhor os grupos carentes e lidando com os conflitos de interesse existentes (VENTURA *et al.*, 2017).

Como eixo condutor, ao centrar-se na análise dos resultados das IPs no âmbito das desigualdades em saúde, o presente estudo se aproxima da relação entre o direito à participação social na construção de políticas públicas e o direito à saúde. Diante desse conjunto de elementos, reitera-se a necessidade de refletir sobre os conselhos e conferências de saúde enquanto importantes instituições democráticas, de modo a potencializar seu resultado nas políticas de saúde e cessar os retrocessos no campo das desigualdades nas condições de saúde e no acesso aos serviços, tema essa que será abordado no próximo capítulo.

2.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

2.2.1 Breve histórico

O presente capítulo tem como objetivo realizar uma análise das desigualdades sociais, um dos principais desafios do mundo contemporâneo. Iniciarei traçando uma perspectiva histórica da produção teórica e empírica da desigualdade social a fim de introduzir e ancorar a futura discussão sobre as desigualdades observadas no campo da saúde.

O debate acadêmico e político sobre a desigualdade aumentou consideravelmente nos países industrializados entre o fim do século XIX e a 2ª Guerra Mundial. Nesse período, a desigualdade passou a ser interpretada com muito mais frequência em termos binários ou polarizados, de maneira em geral crítica ao *status quo* (SOUZA, P., 2016).

Assim, de acordo com as teorias sociais clássicas, muitos estudos examinaram empiricamente as desigualdades com base nos determinantes e consequências da classe social. No século XIX, as teorias marxistas de estratificação consideravam a desigualdade social como crucial para entender a sociedade humana (AVINERI, 1968). Para o marxismo, a desigualdade na sociedade capitalista é resultado da divisão da sociedade em classes, sendo estas definidas, predominantemente, pelo tipo de relação de seus integrantes com os meios de produção. Esse critério diferencia radicalmente o conceito de classe utilizado pelo marxismo do conceito utilizado por outros sistemas teóricos, que tomam como base, geralmente, o nível de rendimento ou a propriedade. A proposta marxista assume uma concepção essencialmente dualística, enfatizando o papel da luta entre as classes exploradas e exploradoras, que poderia ser considerada como o propulsor da história de todas as sociedades humanas existentes até então, ao levar a uma revolução política, que substituiria os monopólios privados pela igualdade total (MARX; ENGELS, 1982).

No início do século XX, Max Weber propôs uma análise da estrutura das desigualdades sociais baseada em três dimensões distintas, conhecidas como classe, status e poder, sendo que a classe social se manifesta como acesso desigual aos recursos econômicos (GIDDENS, 1971).

Esse quadro só começou a apresentar sinais fortes de mudanças nos anos anteriores à 2ª Guerra Mundial, em particular com a ascensão da abordagem funcionalista alimentada pela percepção de que o caráter da estratificação social estava se alterando depois da 2ª Guerra. Com isso, o mundo mudou rapidamente e passou a vivenciar o período também denominado “trinta anos gloriosos”, quando várias virtudes andaram juntas, da moderação da desigualdade ao crescimento acelerado, ao menos nos países mais ricos. Objetivamente, os Estados Unidos e boa parte da Europa, entre outros países, saíram da guerra muito menos desiguais do que antes, com grandes reduções na concentração de renda e riqueza no topo, e logo entraram em uma fase de crescimento acelerado, distensão das lutas ideológicas e expansão dos Estados de Bem-Estar Social. Elaborou-se, então um repertório teórico que, em última instância, elevou a combinação de prosperidade e igualdade à posição de desdobramento natural das sociedades industriais modernas (SOUZA, P., 2016).

No Brasil, a transposição dessas ideias não foi tão simples, principalmente após o golpe de 1964. A controvérsia acerca do aumento da desigualdade nos anos 1960 opôs fortemente

defensores da ditadura, que adaptaram à sua maneira as narrativas benignas para o caso nacional, e seus críticos, que apontaram repetidas vezes para a permanência de conflitos de interesses e para as consequências distributivas das ações do Estado (SOUZA, P., 2016).

Já no período pós-1980, o mercado de trabalho foi inclinado a favor dos empregadores, a fim de restaurar a lucratividade. Como resultado, a renda dos mais ricos aumentou rapidamente, enquanto a maioria da população obteve ganhos muito limitados, criando desigualdade crescente (CHERNOMAS; HUDSON; CHERNOMAS, 2018). Os autores propõem uma maneira para visualizar isso, que é observar a crescente lacuna entre a produtividade do trabalhador (o valor da produção por hora de trabalho) e a remuneração horária média (que inclui benefícios e salários), que entre 1950 e meados da década de 1970, eles cresceram no mesmo ritmo. A diferença entre o valor do que estava sendo produzido em uma hora de trabalho e a remuneração horária dos trabalhadores começou a crescer nos anos 80. A implicação é que a parcela da renda levada para casa pela força de trabalho está diminuindo durante o período neoliberal. Desta maneira, ocorre uma estagnação da renda para a população trabalhadora, mesmo com o acréscimo no tempo de trabalho das famílias de baixa renda, ao simultaneamente em que aumentos drásticos são observados para os muito ricos.

Olhando por esse prisma, as condições de trabalho são a causa do crescimento exponencial da desigualdade e da concentração de renda. Dados da Oxfam informam que em 2019, os bilionários do mundo, apenas 2.153 indivíduos, detinham mais riqueza do que 4,6 bilhões de pessoas, ou seja, cerca de 60% da população mundial (OXFAM, 2020). Enquanto no Brasil, outro relatório da Oxfam de janeiro de 2018, revela que apenas cinco bilionários concentravam uma riqueza equivalente ao da metade mais pobre da população brasileira (OXFAM, 2018b).

Diante disso, ressurgiu nas duas últimas décadas um grande interesse pela desigualdade e foram os trabalhos de Thomas Piketty e seus colaboradores que potencializaram esses desdobramentos, recolocando a discussão sobre desigualdade no centro do debate depois de muitos anos. As concepções dicotômicas da estratificação social foram, por assim dizer, redescobertas, atingindo visibilidade máxima (SOUZA, P., 2016).

No Brasil, desde o ano 2016, com a ascensão do governo de Michel Temer, o capitalismo brasileiro reposiciona a sua dinâmica de acumulação e impõe, por consequência, uma trajetória de atuação do Estado mais comprometido com a seleta e já privilegiada parcela da população enriquecida nacional e internacionalmente. Com isso, o padrão de políticas públicas constituído nas últimas três décadas de experimentação democrática aponta para uma

profunda inflexão impulsionada pelo retorno do receituário neoliberal ao país e que no governo de Bolsonaro, a agenda neoliberal apresentou sua face mais radical (POCHMANN, 2017).

A partir desse cenário, a redução das desigualdades que vinha acontecendo no Brasil parou. Entre 2017 e 2018, houve uma conjunção de indicadores negativos que contam a triste história de um grave recuo do progresso social no país. São retratos recentes de um processo que teve início há mais tempo e que não mostra sinais de reversão. O coeficiente de Gini de renda domiciliar per capita, índice que mede a desigualdade de renda no país e que vinha caindo desde 2002, estagnou entre 2016 e 2017, sendo essa a primeira estagnação no Gini em 15 anos (OXFAM, 2018a). O aumento da pobreza, aumento das desigualdades, alienação, perda de identidade, violência e insegurança econômica, podem ser considerados resultantes da exploração capitalista e uma economia orientada para o mercado (BARU; MOHAN, 2018).

Tendo em vista que as desigualdades sociais se tornaram cada vez mais pronunciadas, os indicativos sugerem que o Brasil, caminha a passos lentos de atingir a redução das desigualdades, um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) a ser cumprido até 2030.

As desigualdades, da qual falamos, atinge a população não apenas no âmbito econômico, mas também nas condições de saúde, objeto desse estudo. Como veremos a seguir nos tópicos relacionados às desigualdades no campo da saúde, acentuam-se evidências de que as características do contexto socioeconômico, político e ambiental desempenham um papel importante na saúde. Assim, a forma como a sociedade está organizada, bem como as desigualdades nas condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos possui uma estreita relação com o processo saúde-doença das populações.

As desigualdades sociais em saúde vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. Como vimos anteriormente, as condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção industrial, foram favoráveis ao tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associado às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados possibilitou, aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas, farto material para denunciar as injustiças sociais em vários campos inclusive no campo da saúde (BARATA, 2009).

Foi no decorrer do século XX que o tema das desigualdades sociais em saúde ganha relevância, pela constatação da profunda desigualdade prevalente nas condições de vida e pelo

resultado consistente de pesquisas que mensuravam o tamanho das disparidades sociais nos padrões de saúde-doença e no acesso à atenção à saúde (TOWNSEND, DAVIDSON, 1982).

Em termos mundiais, já na Declaração de Alma-Ata, de 1978, documento marcante na história da Saúde Pública, a desigualdade nas condições de saúde dos povos é considerada “política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países” (WHO, 1978).

Goldbaum (1997) também destacou alguns acontecimentos, como a Reunião Europeia sobre a Iniquidade em Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 1990, dedicada ao tema “saúde para todos”, e, também, vários trabalhos elaborados entre as décadas de 1980 e 1990 preocupados com as disparidades entre saúde e doença geradas a partir da década de 1980. Estes trabalhos evidenciam que o ciclo de empobrecimento da população é responsável pela deterioração das condições de vida e trabalho, alimentando um novo ciclo vicioso de pobreza, o que pode ser observado pelo aumento do índice de Gini em toda América Latina durante as décadas de 1970 e 1990 e o aumento do número de pessoas abaixo da linha da pobreza.

No Brasil e na América Latina, movimentos na área da saúde, alinhados a movimentos sociais mais amplos que atuavam pelo fim das ditaduras militares difundidas pela região nas décadas de 1960 e 1970 trouxeram novas delineações para a compreensão dos padrões de saúde e da organização e papel dos serviços de saúde (BARROS, 2017).

No pensamento sanitário brasileiro, cada vez mais a preocupação com a equidade encontra-se presente. Nos relatórios das conferências nacionais de saúde de 1992, 1996 e 2000, por exemplo, a utilização do termo "equidade", ou equivalente, é crescente: no relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) aparece 4 vezes; no da 10ª Conferência (1996), 14 vezes e 32 vezes no da 11ª Conferência (2000) (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). Já no documento orientador para os debates da 14ª Conferência (2011), a preocupação com a equidade é o primeiro dos cinco tópicos propostos e intitula-se "Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade" (BRASIL, 2011). E no relatório da mais recente conferência nacional, a 16ª conferência ou também denominada 8ª + 8, realizada no ano de 2019, um dos objetivos elencados versa sobre a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, “para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais...” (BRASIL, 2019a).

Assim, conhecer a concepção histórica e acompanhar os desdobramentos das desigualdades sociais no campo da saúde é imperativo no atual cenário de crise e desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil. Ao evidenciar os caminhos por onde

passaram a compreensão humana dos vários fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento, maior é a compreensão sobre esse processo que pode subsidiar as tomadas de decisão, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e acesso aos serviços.

Tendo em vista a vasta literatura sobre o assunto e suas diversas particularidades, a discussão proposta nesta seção será dividida em tópicos para facilitar a compreensão do tema e seus fundamentos. A primeira parte apresenta as teorias disponíveis que buscam explicar as desigualdades em saúde. Em seguida, são apresentados os conceitos de equidade e igualdade, e seus opostos, mais disseminados na literatura sobre saúde. Na terceira parte, são elencados os determinantes do processo saúde-doença. Na sequência, é exibido um panorama geral das desigualdades no estado de saúde da população e no uso de serviços. Por fim, são abordados os possíveis caminhos para a redução das desigualdades no campo da saúde, sobretudo, através da participação social.

2.2.2 O que são as desigualdades sociais em saúde?

Antes de prosseguir, é importante esclarecer o sentido das desigualdades sociais em saúde para compreender o processo saúde-doença nas populações, sem reduzir essa compreensão apenas aos aspectos biológicos, além de estabelecer maior precisão conceitual, tendo em vista que as abordagens teóricas e práticas podem ser diferentes a partir de diferentes perspectivas.

Para Kawachi *et al.* (2002), igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Quando nos referimos a esses termos, estamos comparando situações, sem necessariamente, atribuir um juízo de valor àquilo que é igual ou desigual (BARATA, 2009). Já uma iniquidade em saúde, ou disparidade em saúde, é um tipo específico de desigualdade que denota uma diferença injusta em saúde (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015). Assim, grosso modo, pode-se dizer que a distinção-chave entre os termos desigualdade e iniquidade é que o primeiro é simplesmente uma descrição dimensional empregada quando as quantidades são desiguais, enquanto o segundo requer a emissão de um juízo moral de que a desigualdade é prejudicial.

No entanto, apesar de o conceito de igualdade significar a partilha de igual quantidade de bens ou de saúde para cada um, o conceito de desigualdade incorpora, para a maioria dos autores, a ideia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social (BARATA, 2001).

Desta forma, a desigualdade social geralmente se refere a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2009).

A equidade, por sua vez, considerada um princípio doutrinário do SUS, abarca a percepção de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que embora toda população tenha direito aos serviços de saúde, as pessoas possuem necessidades distintas e, por consequência, o atendimento deve ocorrer de acordo com as necessidades de cada indivíduo com o objetivo de atender a diversidade e combater as desigualdades.

Um dos conceitos mais utilizados é aquele proposto por Margareth Whitehead (1992), no qual a equidade em saúde exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. As políticas deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos. Além de considerar a iniquidade como sendo uma diferença específica - a desnecessária, evitável e injusta- a autora acrescenta uma dimensão moral e ética no termo, na medida em que, os fatores socioeconômicos e ambientais são os protagonistas nesse cenário, muito embora os fatores biológicos sejam em parte responsáveis pelas diferenças em saúde (WHITEHEAD, 1992).

Pedro Luís Castellanos (1997) afirma que nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculadas às condições heterogêneas de vida, constituem iniquidades. Portanto, as desigualdades sociais em saúde são aquelas diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade.

Em consonância, para Nancy Krieger o que é comum para as desigualdades em saúde, independentemente de tempo, lugar ou resultado específico de saúde, é que elas surgem de relações desiguais entre grupos sociais, definida por relações políticas, sociais e econômicas, e constituem a personificação de exposições evitáveis, injustas e desnecessárias – tanto os excessos como as deficiências (KRIEGER, 2008; 2011; 2012b).

Portanto, é possível compreender que as desigualdades e iniquidades estão intimamente relacionadas ao princípio de justiça social e a definição de desigualdades sociais em saúde utilizada neste trabalho se aproxima daquela apresentada por Travassos e Castro (2012), que indica que “as desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social que representam iniquidades”.

Ainda, cabe aqui mencionar que, no atual contexto internacional, as discussões sobre as desigualdades distinguem aquelas existentes dentro de um mesmo país daquelas existentes entre os países. E mais recentemente, foi acrescentado o conceito de desigualdade global (*global inequality*), que engloba os efeitos conjuntos destes dois tipos de desigualdades e, portanto, é definido pela interação dos determinantes de cada uma delas (MILANOVIC, 2016).

As desigualdades de saúde entre países são principalmente analisadas quanto às relações de poder no presente e no passado, envolvendo as elites globais e nacionais, histórias de colonialismo, imperialismo e políticas comerciais neoliberais. Análises sobre desigualdades de saúde dentro dos países concentram-se principalmente sobre as desigualdades sociais que envolvem classe, racismo, gênero e sexualidade, tanto isoladas como combinadas. Em ambos os casos, dentro dos países ou entre eles, a atenção teórica recai principalmente sobre os determinantes políticos e econômicos e não sobre os processos biológicos que intermediam a efetivação das desigualdades em saúde (KRIEGER, 2001b; 2011; 2014).

2.2.3 As teorias que buscam explicar as desigualdades em saúde

Barata (2009) apresenta quatro teorias principais que buscam explicar o processo de produção de saúde e doença e seu reflexo sobre a diferenciação do estado de saúde entre os grupos sociais. A primeira delas, a mais antiga, e segundo a autora, a mais aceita, é a Teoria Estruturalista ou Materialista. Esta teoria atribui grande importância à estrutura econômica da sociedade e considera que a o nível de renda, e ou de riqueza, é o principal determinante de saúde entre os indivíduos ou grupos. O processo saúde-doença está condicionado à quantidade de recursos materiais à disposição dos indivíduos para enfrentar os estressores ao longo da vida, que têm a capacidade de produzir doença e diminuir a saúde. A autora afirma que esta corrente de pensamento é capaz de explicar grande parte das desigualdades, mas falha diante do paradoxo de que nem sempre a riqueza está acompanhada de um melhor nível de saúde.

A fim de superar tal paradoxo, surge a teoria psicossocial trazendo o foco para as desigualdades socioeconômicas. Nesta abordagem, a percepção da desvantagem social vivenciada por determinados grupos é considerada como importante fonte de estresse desencadeadora de doenças e mortalidade precoce (BARATA, 2009). A teoria psicossocial tem sua origem nos trabalhos seminais do John Cassel, na década de 1960 e 1970 e posteriormente, uma linha de trabalho iniciado por Richard Wilkinson, constituiu um novo progresso da teoria original (CASSEL, 1974; WILKINSON; PICKETT, 2009). Wilkinson elaborou a ideia de que as desigualdades não somente determinam diferenças no mundo material e desta forma

explicando patologias ligadas a carências diversas (por exemplo, fome, habitação ou saneamento precário, renda insuficiente para cobrir os custos necessário da reprodução), porém as desigualdades em si geram complexos fenômenos psicossociais que se expressam em fenômenos patogênicos, ou seja, as desigualdades sociais teriam propriedades patogênicas. Embora seja dada ênfase para como as percepções psicológicas e a resposta aos estressores são afetadas pela presença e ausência de recursos sociais e materiais, a análise dos determinantes sociopolíticos desses recursos é ausente (KRIEGER, 2014).

A terceira teoria, conhecida como a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, foi, predominantemente, desenvolvida na América Latina e no caso brasileiro, influenciou o surgimento do campo da saúde coletiva a partir do fim dos anos 1970 (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018). Esta teoria discute a relação entre o sistema capitalista e suas particularidades em diferentes sociedades, enfatizando os mecanismos de acumulação de riquezas e a distribuição do poder, prestígio e bens materiais. Por causa disso, a posição de classe e a reprodução social passaram a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença, o centro do problema se afasta da questão relacionada à pobreza absoluta ou relativa e se aproxima da perspectiva da inclusão ou exclusão social. Os impactos da estrutura social sobre a saúde são pensados nos processos de participação ou exclusão, associados às diferentes posições de classe social, e sujeitos a transformações em função dos processos históricos (BARATA, 2009).

A versão brasileira da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença enfatiza o Modo de Vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida (BARATA, 2009).

A última abordagem, denominada “ecossocial”, reflete sobre os processos de incorporação pelos organismos humanos dos aspectos sociais e psíquicos predominantes em que os indivíduos vivem e trabalham, rompendo uma visão linear que articula diferentes processos, por uma concepção complexa, considerando impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico (BARATA, 2009). Nancy Krieger propôs essa concepção teórica pela primeira vez em 1994 (KRIEGER, 1994) e a autora relata que a teoria ecossocial, em particular, presta atenção ao contexto social e ecológico, para fatores relacionados com o curso de vida e a geração histórica, até níveis de análise e inter-relações entre as diversas formas de desigualdade social, incluindo racismo, e as diferenças de classe e gênero. O foco é a “personificação”, isto é, como nós, de fato, encarnamos, biologicamente, nossa experiência

vivida, criando assim padrões populacionais de saúde e doença. Outra preocupação central é “a responsabilização e o agenciamento” das desigualdades sociais em saúde e das formas com que elas são – ou não são – monitoradas, analisadas e tratadas (KRIEGER, 2011, 2012a).

Em síntese, a teoria ecossocial revela que a ecoepidemiologia apropria-se da ideia de sistematização do real em diversas extensões dos sistemas determinantes e mediados entre elas; o curso de vida, torna-se a determinação social na história ou trajetória de vida; e da teoria da produção social, incorporam-se à reprodução social e à dimensão política (KRIEGER, 2001a). As quatro teorias compreendem o processo saúde-doença como intrinsecamente histórico, isto é, determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. A teoria ecossocial e a teoria brasileira do modo de vida representam o esforço de articular as três anteriores – Estruturalista, Psicossocial e Determinação Social – considerando os padrões de saúde e doença como as consequências biológicas dos modos de vida e trabalho próprios de cada grupo social, determinados pela organização econômica e pelas prioridades políticas da sociedade (BARATA, 2009).

2.2.4 Determinantes das condições de saúde

O conteúdo político, o conceito de injustiça social e a importância atribuída aos direitos humanos, que estão presentes nas desigualdades sociais, são por vezes reduzidos às diferenças entre indivíduos ou grupos sociais definidos segundo características biológicas (BARATA, 2009).

Foi no final dos anos 1960 que se intensificou um questionamento a respeito do paradigma dominante sobre o caráter da doença até então entendido como um fenômeno restrito a fatores biológicos individuais (LAURELL, 1982). De acordo com Batistella (2007), naquele período havia muitas análises que criticavam o modelo da história natural da doença e que também propunham uma abordagem mais ampla, que associasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. De acordo com esse autor, o “modelo da determinação social do processo saúde-doença” buscava articular diferentes dimensões da vida contidas nesse processo. Os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos são considerados fundamentais para a configuração de uma determinada realidade sanitária. A construção de um novo quadro explicativo, com a finalidade de superar a concepção biologicista linear de causa-efeito, assume o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença.

Estas duas vertentes explicativas têm, por muito tempo, construído argumentos e competido em fornecer explicações plausíveis sobre as condições de saúde das populações humanas. O primeiro argumento, fundado no desenvolvimento das ciências biomédicas e em suas explicações dos mecanismos de doenças e das alternativas para a sua correção, trabalha na busca do conhecimento detalhado da biologia humana, na expectativa de que desta exploração saiam as explicações necessárias para o entendimento dos distúrbios da saúde humana e suas correções. Ela fundamenta as tecnologias de prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação disponíveis ou em desenvolvimento, base do que hoje entendemos ser um “moderno” sistema de saúde. Este sistema tem seu desenvolvimento acelerado pelos avanços da biomedicina e das tecnologias resultantes, principalmente a partir da 2ª metade do século XX (BARRETO, 2017).

Com relação à segunda explicação, existem acumuladas evidências de que alterações no contexto econômico, social, político, ambiental, cultural ou comportamental afetam as condições de saúde dos indivíduos e das populações (BRAVEMAN, GOTTLIEB, 2014). Historicamente, a estreita associação entre saúde e sociedade foi amplamente discutida, principalmente em meados do século XIX, por médicos como Rudolf Virchow, que durante sua investigação sobre a epidemia de tifo que assolava a Alta Silésia, Alemanha, no final da década de 1840, explorou a relação entre condições sociais, pobreza e doença. Embora essa filosofia não fosse muito bem recebida na época, em todo o mundo médicos de destaque como William Chadwick, no Reino Unido, Louis-René Villermé, na França, e Charles Hastings, no Canadá, estavam chegando a conclusões semelhantes e transformando a face da medicina. Esse período deu início a amplas reformas na saúde pública que forneciam água potável, sistemas de saneamento, melhores padrões alimentares e melhores condições de vida. Coletivamente, eles tiveram um efeito transformador na saúde da população, melhoraram as condições sociais e deixaram um legado duradouro da saúde pública ainda hoje (BHOPAL, 2016).

Desde então, diversos modelos foram elaborados na tentativa de explicar as relações entre os diferentes níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Dentre eles, o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1) é amplamente citado, por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais em saúde. Esse modelo explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo.

Figura 1– Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren; Whitehead (1991).

Na primeira camada, refere-se às características individuais ao considerar a idade, gênero e fatores genéticos que influenciam a saúde do indivíduo; na camada imediatamente superior situam-se os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde como, por exemplo, tabagismo e o sedentarismo. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, podem ultrapassar o limiar das responsabilidades individuais e fazer parte dos determinantes sociais, já que são fortemente influenciados por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

O próximo nível demonstra a influência das interações estabelecidas na sociedade e na comunidade disponibilizadas por meio de redes comunitárias e de apoio, que expressam o nível de coesão social e constituem-se em elemento fundamental para a saúde da sociedade. No próximo nível estão as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, que indicam que as pessoas em desvantagem social estão expostas a riscos diferenciados em virtude do maior grau de desemprego, piores condições de moradia, bem como ao menor acesso aos serviços públicos, entre outros. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

Atualmente, os modelos explicativos do processo saúde-doença, o modelo biomédico e o modelo da determinação social, articulam-se entre si e coexistem na área da saúde. Embora no campo teórico as evidências a respeito dos determinantes sociais em saúde sejam consistentes, no caso do Brasil, tais fundamentos não foram totalmente traduzidos, até o momento, para o campo das práticas. Poucas são as políticas e ações voltadas para o seu alcance e o setor da saúde leva em consideração a predominância das ciências biológicas e os serviços, tal como hoje organizados, seguem voltados para as doenças, cura e reabilitação de processos patológicos, não sendo considerado o campo social e coletivo.

Diante da persistência das desigualdades em saúde e iniquidades sociais, o tema da determinação social da saúde continua no centro dos debates e reflexões na área da saúde. O campo da saúde coletiva se apresenta como espaço de produção de conhecimento e vem abrindo horizontes em teorias, avaliações e propostas que buscam entender a relação entre saúde e sociedade. A compreensão ampliada de saúde e sua aproximação com a ideia de promoção da saúde, possibilitam construir políticas públicas pautadas em uma visão holística de saúde e seus determinantes.

A Organização Mundial da Saúde define determinantes sociais da saúde da seguinte maneira:

“As condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.” (WHO, 2020).

Dessa forma, os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde, ou seja, as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas entre e dentro dos países.

Com poucas exceções, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação. Não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos. Da mesma forma, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados, frequentemente, apresentam piores condições de saúde. Outro conjunto de evidências vem da observação de que políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção

social, quando implementadas em qualquer desses países, têm impactos positivos nas condições de saúde (BARRETO, 2017).

De acordo com a literatura os determinantes das desigualdades referentes a condições de saúde diferem daqueles relacionados ao consumo de serviços de saúde.

As desigualdades no estado de saúde estão, de modo geral, fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (BARATA, 2009). Assim, os determinantes sociais da saúde incluem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Já os determinantes da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde estão relacionados às características do Sistema de Saúde, tais como a disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos Serviços de Saúde. Considerando tais colocações, é importante situar que as mudanças nas características do Sistema de Saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

Um estudo de Donkin *et al.* (2018) demonstra que no mundo todo existem ações e comprometimento, tanto em nível nacional quanto em nível local, para melhorar os determinantes sociais da saúde. Na América do Sul, os países encontram-se em diferentes situações no decurso da transição epidemiológica, enquanto alguns países estão enfrentando uma carga desproporcional de doenças infecciosas e mortalidade materna, outros enfrentam elevadas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DONKIN *et al.*, 2018).

O governo do Brasil sediou, no ano de 2011, a primeira Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, no Rio de Janeiro, que desencadeou um diálogo entre os Estados Membros da OMS com o compartilhamento de estratégias, metodologias e experiências que visassem a implantação de políticas para reduzir as desigualdades em Saúde a partir das considerações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, instituída em 2005 pela OMS (PELLEGRINI FILHO, 2011).

Ainda, dentre as estratégias para minimizar as iniquidades em saúde dentro e entre os países e territórios, foi criado, recentemente, o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 2020-2025, onde os Estados Membros da OPAS deixaram claro

que este é um dos principais instrumentos para a implementação da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e, por conseguinte, para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde na Região das Américas. Quatro temas transversais são centrais para o enfoque deste Plano para abordar os determinantes da saúde: a equidade, o gênero, a etnia e os direitos humanos (OPAS, 2019).

Considerando que o processo saúde-doença e o acesso e utilização dos serviços de saúde derivam de uma série de fatores determinantes e condicionantes, as desigualdades sociais em saúde também podem se manifestar de maneira diversa e o estudo nesse campo contempla diferentes eixos possíveis de análise em ambas as dimensões. Desta forma, a ênfase aqui será dada à análise e discussão das desigualdades em saúde relacionadas aos grupos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação.

2.2.5 Desigualdades no estado de saúde e no uso de serviços

Como vimos anteriormente, as desigualdades sociais em saúde podem se manifestar de maneira distinta no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais. Desta forma, a análise das tendências e distribuições históricas de tais determinantes é essencial como fonte de evidências para a determinação social do processo saúde-doença e também para subsidiar ações e políticas públicas no setor da saúde.

Em nível global, indicadores das condições de saúde da população mostram, em geral, tendências positivas. Porém, as observações mais detalhadas das evidências existentes mostram que esse quadro é bem mais dinâmico. Há a persistência de problemas de saúde ou doenças que deveriam estar erradicadas ou controladas, ou emergência de problemas de saúde ou doenças não esperadas. Persistem e, em muitos casos, aumentam as desigualdades nos níveis de saúde entre nações, ou entre regiões, grupos sociais ou étnicos de uma mesma nação (BARRETO, 2017).

Com relação aos indicadores de saúde, o Brasil registrou expressivos ganhos nas últimas décadas, mantendo as tendências de redução da mortalidade, em praticamente todos os grupos etários, e aumento da expectativa de vida (CORRÊA; MIRANDA-RIBEIRO, 2017). Entretanto, muitos dados ainda evidenciam, na população brasileira, a persistência de desigualdades sociais nas condições de saúde e a autoavaliação do estado de saúde que variam marcadamente com o grau de escolaridade, renda, idade, sexo e outros fatores.

Um estudo, a nível nacional, revelou que a escolaridade apresentou forte associação com auto avaliação do estado de saúde, mesmo após o controle pelas demais variáveis. Indivíduos com menor nível de escolaridade apresentaram 300% mais chance de ter autoavaliação ruim, em relação aos de escolaridade mais alta. A associação entre baixos níveis de renda e autoavaliação de saúde ruim também foi significativa, mesmo após o ajuste. Além dos baixos níveis de escolaridade e renda, o aumento da idade, tabagismo, sedentarismo, presença de morbidade crônica e obesidade também foram fatores associados à autoavaliação ruim (PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Em consonância, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, uma pesquisa de base domiciliar, observou que em relação à escolaridade, conforme maior o grau de instrução, maior o percentual daqueles que consideraram sua saúde boa ou muito boa. Entre as pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto, o percentual foi de 49,2%, enquanto para aquelas com superior completo foi de 84,1%. Ainda, em relação ao sexo, 70,3% dos homens consideraram sua saúde como boa ou muito boa, contra 62,4% das mulheres. Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária menor o percentual, que variou de 81,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 39,7%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2014).

A prevalência de doenças crônicas, consideradas um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, também varia com os anos de escolaridade após ajuste por idade. Entre os adultos com até três anos de escolaridade, a prevalência referida de doenças crônicas chega a 55,9%, representando um risco 1,28 vezes maior do que aquele dos indivíduos com 11 anos ou mais de escolaridade. A prevalência diminui gradualmente entre os extremos da distribuição de anos de escolaridade (BARATA, 2009).

Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas - como dietas ruins, abuso de álcool e tabagismo - são frequentemente vistos como "escolhas de estilo de vida" individuais. Mas essas escolhas são condicionadas por padrões de privação material e exclusão social. Os comportamentos comprometedores da saúde estão desproporcionalmente concentrados em grupos socialmente desfavorecidos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (GUPTA; GUPTA; AHLUWALIA, 1994).

Outro estudo recente revela que a evolução das condições de saúde evidenciou uma piora na auto avaliação realizada pelas pessoas de 18 a 59 anos, o que levantou a hipótese de que a expansão da atenção básica (AB) permitiu um melhor autoconhecimento das condições de saúde dessa população. Essa hipótese se sustenta em um aumento da prevalência referida de hipertensão e diabetes e no aumento do uso de serviços (VIACAVA *et al.*, 2019).

No que concerne aos serviços de saúde, os reflexos das mudanças são, por vezes, contraditórios. Enquanto houve expansão dos serviços de atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com destaque para as regiões menos favorecidas pela oferta assistencial pública e privada, assim como melhora na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade, e dos profissionais de saúde, onde se verificou o aumento de 1,18 para 1,72 médicos por mil habitantes, acompanhando o crescimento regional da renda, também se observou que o número de leitos por mil habitantes apresentou queda, passando de 2,5 em 2000, para 2,2 em 2016. O investimento na oferta de leitos não acompanhou as tendências de crescimento de outros indicadores que provocaram mudanças nas regiões de saúde do país: crescimento populacional, da renda, do produto interno bruto e do nível educacional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Ainda em relação ao uso de serviços, apesar das desigualdades regionais e sociais terem diminuído, a análise dos dados indica que ainda persistem. As regiões Norte e Nordeste apresentam os piores indicadores ao longo de toda a série investigada (1998-2013). A diminuição das desigualdades sociais em alguns casos, como no de acesso à saúde bucal e de realização de mamografia, mostram-se bastante significativas, embora continuem apresentando, em 2013, os maiores gradientes de desigualdade (VIACAVA *et al.*, 2019).

Diversos fatores podem ser relacionados para explicar as mudanças nas desigualdades territoriais observadas a partir das regiões de saúde, sendo que a primeira hipótese explicativa é de que estas refletem a combinação de políticas sociais e econômicas, com crescimento da renda e da escolaridade, associados a estratégias regionais de desenvolvimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Em Santa Catarina, o índice de Gini, demonstra que no segundo trimestre de 2021 a desigualdade de renda em Santa Catarina atingiu seu maior nível da série histórica iniciada em 2012. O resultado evidencia que a pandemia da Covid-19 provocou efeitos expressivos na renda dos catarinenses, corroborando com o cenário nacional (HEINEN; MATTEI, 2021).

Segundo dados do IBGE (2019), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Rendimento de Todas as Fontes, 2018 (PNAD), Santa Catarina é o quarto Estado com mais desigualdade de rendimentos entre homens e mulheres, sendo que as catarinenses recebem 74% dos rendimentos mensais dos homens. Ainda, dados do IBGE apontam que o estado tem a maior desigualdade associada à cor da pele no país no que se refere às pessoas que conseguem viver em um domicílio próprio. Entre pessoas brancas, quase oito em cada 10 (77,5%) moravam em uma habitação própria em 2019, ano com dados mais recentes. No caso de pretos e pardos, ambos considerados negros no recorte do IBGE, esse número é de cerca de

seis em cada 10 (58,2%). Os dados do PNAD também mostraram que pessoas de pele preta e parda recebem menos do que pessoas de pele branca em SC, sendo a maior desigualdade em relação aos negros, que tiveram rendimentos médios de 76% do que as pessoas brancas recebem em média, deixando o Estado com a terceira maior disparidade do país. Já entre os pardos, o número foi de 73% (BATISTELLA, 2022).

No campo da saúde, o Plano Estadual de Saúde 2020-2023 de Santa Catarina, revela que o indicador de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde- que mostra os agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz-, manteve-se estável no estado, no período de 2016 a 2018, indicando que do total de internações hospitalares SUS, 40% delas são causadas por condições ou causas que poderiam ser tratadas na Atenção Primária em Saúde (APS), na porta de entrada do SUS com acesso a serviços de qualidade e em tempo adequado. Entretanto, a região da Grande Florianópolis está entre as regiões que apresentam percentuais menores em relação ao Estado, enquanto a região Carbonífera, onde está situado o município de Criciúma, encontra-se entre as regiões com os maiores percentuais (SANTA CATARINA, 2019).

Santa Catarina também registrou, em 2017, a taxa de mortalidade materna de 38,64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, sendo que a taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos e a meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos. Em relação a mortalidade infantil, no mesmo ano, 68,74% das mortes que ocorreram em menores de 0 a 27 dias eram evitáveis e as causas de mortes evitáveis mais frequentes foram: reduzível por adequada atenção à mulher na gestação (35,40%); e reduzível por adequada atenção ao recém-nascido (18,60%) (MOVIMENTO NACIONAL ODS, 2023).

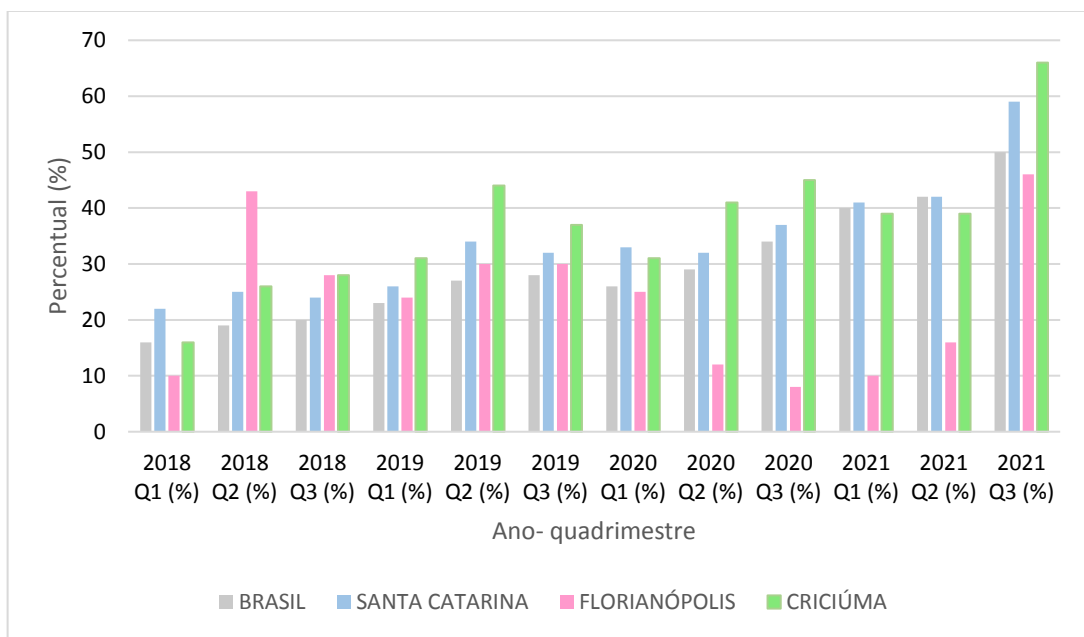
A assistência ao pré-natal integral busca assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno- infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreio e diagnóstico de doenças. Sabe-se que, implementado oportunamente com práticas baseadas em evidências apropriadas, o pré-natal pode salvar vidas (WHO, 2016).

Ante o exposto, um dos indicadores monitorados pelo Ministério da Saúde é a “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”. O indicador foi atualizado em 2022 e anteriormente era considerada a “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação”. Este indicador permite avaliar o quanto antes problemas ligados a gestação, parto e puerpério passíveis de controle ou de cura, causando grande impacto para a morbimortalidade materna no país. Tendo por objetivo mensurar o acesso das gestantes ao pré-

natal na APS com início precoce e atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022a)

Analisando a esfera nacional, o estado de Santa Catarina e os municípios estudados, por quadrimestres (Q1, Q2 e Q3), observa-se na figura 2 a situação do indicador supracitado de uma maneira mais detalhada. Podemos verificar que apesar do aumento, ao comparar o primeiro quadrimestre do ano de 2018 e o último de 2021, apenas o município de Criciúma no último quadrimestre analisado atingiu a estabelecida pelo Ministério da Saúde em 60%. Além disso, é possível identificar que entre o último quadrimestre de 2019 e o primeiro de 2020, intervalo de tempo da criação do Programa Previne Brasil, o qual determinou alterações no financiamento de custeio da atenção primária à saúde no país, houve pequena alteração do percentual nas esferas analisadas.

Figura 2: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação, no Brasil, Estado de Santa Catarina e municípios de Florianópolis e Criciúma, do ano de 2018 à 2021 por quadrimestre.

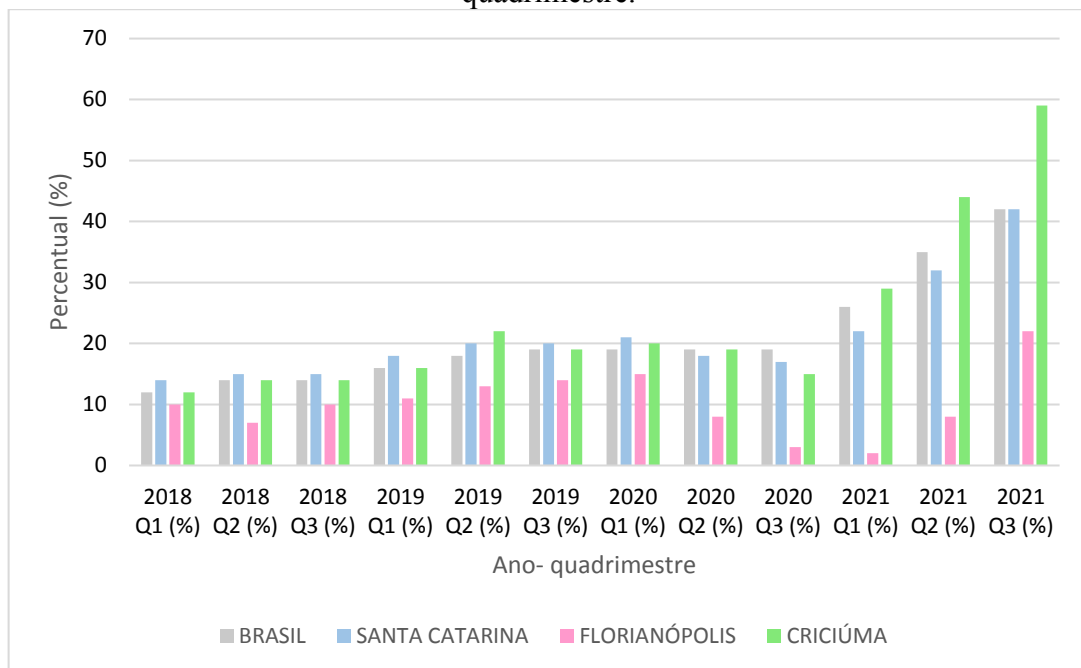


Fonte: MS/SISAB.

Outro indicador é a “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” que tem por objetivo verificar se a gestante que é assistida no pré-natal tem realizado atendimento odontológico na perspectiva do cuidado integral e compartilhado de assistência a esse público, sendo um importante requisito para a qualidade do pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2022b).

Na figura 3, pode-se observar o aumento do percentual de gestantes atendidas em serviços odontológicos em todas as esferas, ao comparar o primeiro quadrimestre de 2018 e o último de 2021, principalmente no município de Criciúma. Contudo, em todos os quadrimestres analisados, o município de Florianópolis apresentou percentuais abaixo daqueles encontrados em nível federal, estadual e também no município de Criciúma.

Figura 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, no Brasil, Estado de Santa Catarina e municípios de Florianópolis e Criciúma, do ano de 2018 à 2021 por quadrimestre.



Fonte: MS/SISAB.

Ademais, Barros (2017) destaca a carência de estudos conceituais e teóricos, de análises de tendências e monitoramento das desigualdades sociais em saúde, e também realça que pesquisas sobre os efeitos de políticas e intervenções nas iniquidades em saúde são fundamentais, mas ainda estão pouco representadas no panorama publicado.

Neste cenário, o debate acerca das desigualdades em saúde necessita cada vez mais ser fortalecido a fim de avançar na luta por melhores e mais justas condições de vida, para os mais diversos segmentos da sociedade. A busca por soluções para esse problema que tem raízes históricas e estruturais, e que é um dos mais sérios no campo da saúde em nível global, torna-se um desafio muito grande que será discutido no próximo tópico.

2.2.6 Soluções possíveis

Após destacar o arranjo institucional da participação popular no SUS, ressaltar os avanços e limitações dos espaços formais e discorrer sobre as desigualdades sociais em saúde, fazendo um breve panorama a partir de uma revisão da literatura onde abordaremos os possíveis caminhos a serem trilhados no sentido de combater as desigualdades sociais, minimizando seus impactos na saúde coletiva, que além de ser uma necessidade é um grande desafio.

Embora existam posicionamentos nítidos, a nível acadêmico e político, no sentido de favorecer a implementação de ações sobre os determinantes das desigualdades em saúde, políticas para atenuar têm sido escassamente implementadas como parte das políticas públicas dos governos nacionais e, menos ainda, para atenuar as desigualdades existentes entre as nações. As dificuldades e as barreiras para esta falta de motivação política são várias, e dentre os aspectos recorrentes na literatura sobre desigualdades em saúde, Barreto (2017) cita a consolidação de um sistema de saúde fundado no conhecimento biomédico e nas tecnologias deles resultantes, associados a fortes setores industriais e de serviços, e a necessidade de ações multissetoriais para intervir sobre vários aspectos da vida das sociedades, que do ponto de vista político e também técnico são difíceis de coordenar e implementar.

A ação intersetorial para a saúde, que engloba um conjunto de políticas e ações coordenadas não apenas no setor da saúde, é, deveras, colocada como uma estratégia chave para alcançar a coerência das políticas e tratar, mais genericamente, dos determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2007). Todavia, um elemento central da ação intersetorial que precisa ser levado em consideração é a intensificação da participação social nos processos políticos. Incentivar o envolvimento de indivíduos e comunidade, assim como transcender o governo na integração dos indivíduos abrangidos pelas políticas é um pré-requisito para a obtenção de resultados permanentes (CDSS, 2010).

Marmot *et al.* (2012) sugere que os países abordem a equidade em saúde em todas as políticas, como um compromisso fundamental de incluir ações voltadas para a redução das desigualdades em saúde e para a atuação sobre os determinantes sociais em saúde ao longo da vida. Para tanto, eles também consideram necessários novos sistemas de governança e políticas, sendo que tais sistemas precisam operar em todos os níveis, envolvendo a sociedade e o governo, e precisam dar voz ativa aos indivíduos, grupos e comunidades, nas decisões que afetam suas vidas.

Embora na prática pouca seja a ênfase dada à articulação entre desigualdade social em saúde e democracia, o alcance de condições de igualdade e justiça social entre toda população está intimamente atrelado à democracia, ou seja, a busca pela redução das desigualdades em

saúde constitui uma forma de garantir um direito social, o direito a saúde. Além da responsabilidade do Estado em garantir tal direito, a participação da sociedade civil na elaboração e condução das políticas públicas assume um papel valoroso para o sucesso deste processo, fortalecendo, assim, o protagonismo dos cidadãos, inclusive àqueles mais afetados por tais políticas, em um sistema democrático.

Com a participação dos mais diversos segmentos da sociedade (cultural, étnico, social ou econômico) nas decisões do Estado, os debates tendem a ser mais inclusivos ao refletir as reais demandas e prioridades da população, e mais fortes devem ser as ações de combate às desigualdades em saúde dos grupos minoritários, dos mais vulneráveis e discriminados. Lutar por um mundo mais equânime é essencial, mas também representa um grande desafio, que deve ser enfrentado de forma compartilhada entre o poder público e sociedade civil, para garantir o fortalecimento da cidadania e dos mais diversos canais democráticos.

Nesse âmbito, a temática da participação se impõe por ser ela mais ampla, possibilitando-nos o olhar sobre as ações da sociedade e do Estado. Trata-se de um campo de análise vasto, que pode ser observado tanto do ponto de vista das práticas civis efetivas, como do ponto de vista de estudos e pesquisas dos analistas (GOHN, 2019). Neste estudo, será contemplado o primeiro ponto, visando dar conta de uma das dimensões da problemática apresentada, considerando-se a lacuna existente na identificação e avaliação dos efeitos esperados da participação social no campo das desigualdades sociais.

Conforme mencionado anteriormente, a literatura voltada para o estudo do fenômeno da participação no país tem focado sua atenção em fatores que influenciariam o funcionamento das instâncias de participação, pressupondo dada relação entre seu adequado funcionamento e o grau de influência nas ações e tomadas de decisão do Estado (VAZ, 2011).

Entre os pressupostos principais, Vaz (2013) menciona o maior contato entre Estado e aqueles indivíduos e/ou grupos diretamente envolvidos nas problemáticas a serem tratadas, por meio dos canais de participação, que poderia promover maior racionalização dos recursos públicos, ou seja, a definição e aplicação efetiva dos recursos públicos seriam realizadas de maneira mais objetiva. Outro pressuposto refere-se ao potencial inclusivo das instâncias de participação. Nesse caso, acredita-se que os canais de participação potencializariam a inclusão nos processos públicos de tomada de decisão em políticas públicas daqueles indivíduos e grupos em geral e mesmo historicamente excluídos desses processos. Essa inclusão promoveria, em tese, uma inversão de prioridades em termos distributivos, de forma que bens e serviços seriam redistribuídos, por exemplo, a regiões e/ou bairros mais pobres de determinados municípios,

ou, ainda, a grupos e/ou movimentos específicos (MARQUETTI, 2003; MARQUETTI; CAMPOS; PIRES, 2008).

Assim, o potencial democratizante dessas instituições está diretamente relacionado à capacidade inclusiva desses espaços uma vez que deveriam promover e abrigar a participação de novos atores e novas temáticas. Uma composição diversificada possibilitaria, assim, múltiplas perspectivas e a presença de negociação entre elas, em especial, as dos grupos historicamente excluídos e em situação de vulnerabilidade. Ou seja, esses espaços foram pensados com vistas a gerar práticas horizontais de participação e de negociação, a “empoderar” grupos sociais em situação de exclusão e vulnerabilidade e a reforçar vínculos associativos (SANTOS JÚNIOR; RIBEIRO; AZEVEDO, 2004, p. 18).

Nesta perspectiva, é fundamental discorrer um pouco sobre os grupos minoritários, as questões conceituais, seus referenciais, bem como desdobramentos teóricos, de acordo com o item a seguir.

2.2.7 Grupos minoritários

Haja vista que discorrermos aqui acerca dos espaços de representação, nos quais uma pequena parte dos indivíduos tem acesso e condições de disputar influência, é preciso que a definição de quem participa seja mais plural, em relação à possibilidade de incorporação dos diferentes interesses e perspectivas, além da possibilidade de que tais encontros incorporem grupos menos mobilizados e mais vulneráveis (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Teóricos ligados à defesa da representação de grupos e minorias denunciam os limites do ideal deliberativo de imparcialidade, responsável por aprofundar desigualdades existentes na esfera pública e reduzir diferenças a uma unidade de sentimentos, afiliação e pontos de vista (FRASER, 2003; YOUNG, 2000). Young (1997) argumenta que um processo deliberativo precisa considerar as diferenças entre grupos e permitir a explicitação dessas diferenças, a fim de que os participantes sejam capazes de julgar objetivamente o mérito da proposta, a partir da consideração da experiência, do conhecimento e dos interesses dos outros. Fraser (2003) reforça esse argumento ao apostar que o bem comum não pode ser presumido com antecedência, sendo necessário publicizar conflitos privados a partir do debate e da contestação, para evitar que desigualdades de gênero e classe, por exemplo, continuem a operar informalmente e se perpetuem formalmente.

A ideia de grupo minoritário e, por conseguinte, o conceito de minoria tem sido debatido e compreendido de maneiras diferentes por pesquisadores de várias áreas. Paula, Silva e Bittar

(2017) referem-se à minoria como um “grupo humano ou social que esteja em uma situação de inferioridade ou subordinação em relação a outro, considerado majoritário ou dominante”. Para os autores, as minorias nem sempre são, em termos numéricos, em quantidade inferior. O fator numérico não é capaz de caracterizar uma minoria e sim a posição de subordinação e inferioridade que se encontra em uma determinada sociedade (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017).

As minorias encontram-se em uma posição desprivilegiada no meio social e esse fato as submetem a uma condição de vulnerabilidade, que, grosso modo, consiste em um grau de suscetibilidade das pessoas em adquirir problemas de saúde (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

Séguin (2002), a partir de uma perspectiva jurídica, também relaciona as minorias aos chamados grupos vulneráveis, os quais são descritos por ela como grupos que sofrem discriminação e são vítimas de intolerância. Aqui, percebemos que grupos minoritários e grupos vulneráveis possuem elementos característicos em comum, embora não estabeleçam obrigatoriamente uma relação sempre de proximidade conceitual. O que parece comum está na estreita relação de afetamento no que tange ao poder que lhes é tirado, ao processo de dominação, à violência sofrida, à marginalização social e a uma necessidade premente de tolerância que, segundo boa parte da literatura a esse respeito, não é verificada.

Outro ponto de vista que mostra a convergência entre grupos minoritários e grupos vulneráveis é trazido por Sodré (2005). Todo seu interesse recai sobre a conceitua o de minoria ao explicar que apenas o sentido inicial de minoria tem como ponto de partida a ideia de inferioridade quantitativa, exatamente por evocar o contrário de maioria. Conforme Sodré explicita, na democracia deve predominar a vontade da maioria, como argumento quantitativo, mas, do ponto de vista qualitativo, democracia é um regime de minorias, porque só no processo democrático a minoria pode se fazer ouvir. Assim, Sodré (2005, p.14) destaca que "minorias não é, portanto, uma fusão gregária mobilizadora, como a massa ou a multidão ou ainda um grupo, mas principalmente um dispositivo simbólico com uma intencionalidade  tico-política dentro da luta contra-hegemônica". Ainda, o autor apresenta características fundamentais para a defini o de uma minoria, são elas: vulnerabilidade jurídico-social, identidade in *status nascendi*, luta contra-hegemônica e estratégias discursivas.

Segundo Rogers e Ballantyne (2008), existem fontes de vulnerabilidade, a partir das quais seria possível estabelecer uma tipifica o básica:

- a) vulnerabilidade extrínseca – ocasionada por circunstâncias externas, como falta de poder socioecon mico, pobreza, falta de escolaridade ou carência de recursos; e b)
- b) vulnerabilidade intrínseca – causada por características que têm a ver com os próprios

indivíduos, tais como doença mental, deficiência intelectual, doença grave, ou os extremos de idade (crianças e idosos). (ROGERS; BALLANTYNE, 2008, p.32).

Segundo Ayres *et al.* (2009), o conceito de vulnerabilidade, no âmbito da saúde, está relacionado com aspectos individuais, coletivos, contextuais e programáticos, que acarretam maior suscetibilidade às doenças. Os indivíduos não estão expostos ao adoecimento de forma homogênea e as mudanças das práticas cotidianas não dependem unicamente da vontade individual. Os diferentes contextos são determinantes para a suscetibilidade dos indivíduos aos agravos.

Pode-se considerar, portanto, que o conceito de vulnerabilidade está baseado em direitos, uma vez que reconhece o indivíduo como um sujeito de direito, e, também, a responsabilidade do governo em garantir que todos, sem discriminação, tenham acesso aos recursos que possam garantir um padrão adequado de saúde. Desta forma, os autores salientam que onde há maior violação de direitos, há maior vulnerabilidade aos problemas de saúde, visto que “grupos sociais que não têm seus direitos respeitados e garantidos apresentam piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte” (AYRES, PAIVA, FRANÇA-JÚNIOR, 2012).

Para fins deste estudo, concordamos com Carmo (2016) que considera que as minorias e grupos vulneráveis originam-se em relações de assimetria social (econômica, educacional, cultural etc.). Nessa perspectiva, minoria pode ser definida a partir de uma particularização de um grupo, já que a maioria se define por um agrupamento generalizado, ou seja, por um processo de generalização baseado na indeterminação de traços, os quais indicam um padrão de suposta normalidade, considerada majoritária em relação ao outro que destoar dele. A vulnerabilidade advém, pois, de pressões desse suposto padrão de normalidade, que pressiona quem possa ser considerado diferente.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada –IPEA, em determinado estudo sobre as conferências nacionais de minorias e seu impacto em ações tanto do Executivo quanto do Legislativo, constatou a existência de 9 (nove) grupos minoritários, que historicamente não tiveram seus interesses representados no processo político brasileiro, quais sejam: idosos, pessoas com deficiência, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis), mulheres, crianças e adolescentes, negros e outras minorias étnicas e religiosas, jovens e brasileiros no exterior (POGREBINSCHI, 2012).

Se considerarmos, os grupos minoritários supracitados, qual é a probabilidade de que sua inserção nas esferas formais de participação em saúde, como os conselhos e conferências, resultem em políticas de enfrentamento das desigualdades em saúde?

A igualdade na saúde exige uma contribuição da justiça, na forma como todos os grupos numa sociedade são incluídos ou representados nos processos de decisão, sobre a forma como a sociedade opera, especialmente em relação ao seu efeito na saúde e igualdade na saúde. Para além destes fatores, esta noção de equidade depende do crescimento das organizações, redes e movimentos da sociedade civil, e sua progressiva capacidade para desafiar a desigualdade e promover a concretização da igualdade, no centro de todos os debates políticos (CDSS, 2010).

Sendo assim, todos os membros da sociedade, incluindo os cidadãos mais desfavorecidos e marginalizados, têm direito a participar na identificação de prioridades e objetivos que orientam as deliberações técnicas e elaboração das políticas, convertidas em programas e serviços. Os sistemas políticos e legais transparentes e de participação pública que se fundamentam e reforçam uma verdadeira participação, tem como base da concretização de direitos, a participação justa e inclusão nos processos de decisão e ação que influenciem positivamente a saúde e a igualdade na saúde (CDSS, 2010).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

2.3.1 Definições

Com base na literatura é possível encontrar diversos entendimentos para o termo políticas públicas, uma variedade que possibilita enfatizar suas diferentes dimensões para a análise. Neste tópico serão elencadas algumas definições relevantes antes de adentrar nas especificidades do tema.

Souza (2006, p. 24) assevera que não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública, apontando que “a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê, e que diferença faz”.

Souza (2007) também menciona que a definição mais clássica é atribuída a Lowi apud Rezende (2004:13): política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas”.

Outra definição é descrita por Muller e Surel (2002, p. 11), ao abordar também o valor do **aspecto processual**, levando o olhar para os atores e suas interações. Segundo Muller e Surel, o termo política pública tem um caráter polissêmico e cobre, ao mesmo tempo, a esfera da política (*polity*), a atividade política (*politics*) e a ação pública (*policies*). A primeira faz a

distinção entre o mundo da política e a sociedade civil, podendo a fronteira entre os dois, sempre fluida, variar segundo os lugares e as épocas; a segunda designa a atividade política em geral (a competição pela obtenção dos cargos políticos, o debate partidário, as diversas formas de mobilização...), e a terceira acepção, designa o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, isto é dispositivos político-administrativos coordenados em princípio em torno de objetivos explícitos.

De forma semelhante, Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 12) destacam que a política pública “consiste em inúmeras decisões tomadas por muitos indivíduos e organizações no interior do próprio governo e que essas decisões são influenciadas por outras/os atores”. Estas definições valorizam os processos decisórios, levando o olhar para os conflitos e as interações, podendo também abrir espaço para uma discussão sobre a influência das instituições.

Todavia, críticos das definições que superestimam aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas, argumentam que elas ignoram a essência da política pública, isto é, o embate em torno de ideias e interesses. No enfoque dado ao papel do governo e do Estado, essas definições acabam por ignorar os limites sobre as decisões dos governos. Também não dão conta de explicar as possíveis articulações entre os governos e os grupos sociais (SOUZA, 2006).

À vista disso, algumas concepções de políticas públicas ressaltam seu **propósito**, tal como promover transformações sociais, como descrito por Peters (2015), política pública é o conjunto de atividades que os governos empreendem com a finalidade de mudar sua economia e sociedade indistintamente. Nesse sentido, Souza (2006) também aponta que “A formulação de políticas públicas se constitui no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p. 26).

Também, Saravia (2006) sublinha que uma política pública envolve um fluxo de decisões públicas orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade. Para ele, as políticas públicas podem ser consideradas estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório.

Estes conceitos baseiam-se no entendimento de que a função das políticas públicas seria promover transformações sociais. Tais ideias evidenciam a natureza *problem solving* das políticas. Uma decorrência do alinhamento a este tipo de definição é a necessidade de demonstrar a relação de causalidade entre a existência de determinado problema e a proposta de solução na forma de política pública (ROSA; LIMA, AGUIAR, 2021).

Pereira (2002) destaca que a palavra política, que compõe o conceito composto "política pública", tem uma conotação específica, referente a planos, estratégias ou medidas de ação coletiva, formulados e executados na perspectiva de atender às demandas e necessidades sociais. Neste sentido, conceitua política pública da seguinte forma:

Política pública significa, portanto, ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e - previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais, por sua vez, operacionalizam-se mediante programas, projetos e serviços. (PEREIRA, 2002, p.21)

Portanto, é a partir da execução de políticas públicas que são formulados, desenvolvidos e postos em prática programas de distribuição de bens e serviços, regulados e providos pelo Estado, com a participação da sociedade.

Em consonância, Secchi (2016) define política pública como um conceito abstrato que se materializa com instrumentos concretos como, por exemplo, leis, programas, campanhas, obras, prestação de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros.

Para esta pesquisa, utilizamos a definição de políticas a partir da ambição por transformar uma realidade social percebida como inadequada ou indesejável, conforme descrito por Lima *et al.* (2021), destacando uma das bases de legitimidade das políticas: sua função social. De modo especial, no que concerne à redução das desigualdades (ARRETCHE, 2016) e a promoção da equidade (COHEN; FRANCO, 2007).

Outros conceitos abordam o **papel dos atores**, a partir de duas abordagens: a multicêntrica/policêntrica e a estadocêntrica/estatista (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

A abordagem multicêntrica considera que grupos e organizações sociais podem fazer políticas públicas, em conjunto ou não com o Estado. Isso porque as caracteriza a partir de sua natureza *problem solving*: a política pública é “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (SECCHI, 2014, p. 1). O interesse destes grupos e organizações no enfrentamento do problema deve-se à sua natureza coletiva: que afeta diversas populações de forma direta ou indireta e é percebido como algo indesejável e que deve ser mudado por uma grande quantidade de pessoas. Logo, admite-se a existência de uma pluralidade de pessoas e de múltiplos centros decisórios em torno das iniciativas que buscam lidar com problemas sociais.

Distintivamente, “a abordagem estadocêntrica considera as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais. [...] o que determina se uma política é ou não ‘pública’ é a personalidade jurídica do ator protagonista” (SECCHI, 2014, p. 2). A centralidade do Estado está relacionada: (a) ao monopólio do uso da força legítima; (b) ao seu papel de

produtor de leis, o que abarca o poder de *enforcement*; (c) ao seu papel de representante do interesse coletivo; (d) ao controle de importantes recursos sociais, garantindo-lhe os meios para criar e manter políticas. Vale ressaltar que a abordagem estadocêntrica admite que grupos e organizações não estatais podem influenciar os processos das políticas públicas, mas eles não teriam centralidade (SECCHI, 2014).

Aqui a política pública é entendida como uma ação do Estado que leva os valores e a pluralidade em consideração, pois o Estado não age só, são vários os atores e agentes que intervêm e impactam na produção da política (MARIO, 2018).

Ademais, nas políticas públicas,

[...] se a autoridade desempenha um papel central, estamos longe de afirmar que o Estado age só. As políticas recebem intervenções de vários agentes, que com sua lógica e prioridades agem com autonomia, e suas intervenções se refletem no curso das coisas e das escolhas. (CRUZ, 2012, p. 74).

2.3.2 Histórico

No Brasil, "políticas públicas" representam uma terminologia de uso relativamente recente e a produção científica, em sua maioria, advém do exterior, o que implica a ausência de particularidades acerca da realidade brasileira, como a tendência de se analisar as políticas públicas nacionais na ótica de outras realidades incapazes de se adaptar à instituições, atores, cultura política, entre outros fatores que são típicos no Brasil, o que acaba negligenciando algumas questões (FONSECA, 2013).

Outro elemento que merece destaque é o processo de transição demográfica em que se encontra a população brasileira, que conseqüentemente trouxe demandas específicas, além das desigualdades sociais que ainda persistem. Diante desse cenário de redução das desigualdades, a saúde tem papel fundamental. O sistema universal, a organização do modelo de atenção e a garantia de acesso a fim de atender às necessidades geradas pelo novo perfil demográfico representam não somente a defesa do direito constitucional, mas a promoção do bem-estar social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A evolução das políticas públicas no país está diretamente ligada à Constituição Federal, para a garantia de direitos dos cidadãos, os quais podem contribuir diretamente com a criação de políticas que supram suas necessidades e a continuidade destas (CANÇADO; BARROS; BARROS, 2021).

No âmbito dos estudos sobre políticas públicas, existem diagnósticos recentes sobre as articulações entre a produção de políticas e as possibilidades de reprodução ou mitigação de desigualdades, conforme apontado por Pires (2019) e Lotta (2019). Resta, então, o desafio analítico de articulação de achados e o desafio de repolitizar o tema da desigualdade, colocando-o no centro da agenda política brasileira (MELLO *et al.*, 2020).

De acordo com Lotta e Favareto (2016), nos últimos anos o governo federal brasileiro tem experimentado uma variedade de arranjos institucionais com o objetivo de produzir políticas públicas efetivas no contexto nacional, onde é possível observar a presença de três componentes de destaque, a articulação de temáticas intersetoriais, a construção de modelos de gestão de políticas com coordenação entre os entes federativos e sociedade civil e a busca de enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas.

Vaz (2006) também aponta que na América Latina e no Brasil, a redemocratização evidenciou demandas políticas e sociais antes reprimidas, o que resultou em três grandes forças que se alinharam ou se contrapuseram nesse processo, a saber: a necessidade de otimização do uso de recursos públicos, a demanda pela ampliação da oferta de serviços públicos e as pressões por mais transparência e participação social.

Lotta e Vaz (2015) ao analisar as experiências recentes de arranjos institucionais complexos para a gestão de políticas públicas no Brasil levando em conta as três grandes forças supracitadas, apontam que com relação à necessidade de otimização do uso de recursos públicos, percebe-se que esses novos modelos têm sido vistos como capazes de promover, pela via da integração de iniciativas de diversos atores, uma melhor alocação de recursos. Sobre os ganhos do ponto de vista alocativo, os mesmos combinam-se com a ampliação da oferta de serviços públicos, sendo que a primeira dimensão se refere à cobertura e alcance dos serviços, como exemplifica o SUS, no qual o arranjo institucional complexo que foi construído permite que todos os municípios brasileiros insiram-se na produção e provimento dos serviços públicos de saúde. A segunda dimensão é a da qualidade dos serviços, uma vez que os arranjos institucionais complexos são capazes de adensar a cadeia produtiva dos serviços. Quanto à terceira força, observa-se que os arranjos institucionais complexos geram novos canais que atendem às pressões por mais transparência e participação social. Sua maior horizontalidade em relação a outras formas de organização dos serviços públicos em ambiente federativo requer mecanismos de governança que estimulam a *accountability* interna ao arranjo.

Uma vez que envolvem atores governamentais, esses mecanismos de governança podem tornar-se também instrumentos de transparência e controle social, uma vez apropriados pela sociedade civil (LOTTA; VAZ, 2015).

À vista disso, evidencia-se a importância da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, considerando que este processo demanda a participação e formação de atores e movimentos sociais. A participação social e deliberativa tem o poder de tornar as instituições representativas mais responsivas e, assim, ampliar a qualidade das democracias contemporâneas (CANÇADO; BARROS; BARROS, 2021).

De acordo com Secchi, os atores no processo de política pública são:

[...] todos aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política. Os atores relevantes em um processo de política pública são aqueles que têm capacidade de influenciar, direta ou indiretamente, o conteúdo e os resultados da política pública. São os atores que conseguem sensibilizar a opinião pública sobre problemas de relevância coletiva. São os atores que têm influência na decisão do que entra ou não na agenda. São eles que estudam e elaboram propostas, tomam decisões e fazem que intenções sejam convertidas em ações (SECCHI, 2014, p. 77).

Já os movimentos sociais são um tipo particular de ator/rede (ou coalizão) que participa do processo de produção de políticas públicas, elaborando, experimentando e disputando modelos alternativos de políticas. A produção das ideias e o desenvolvimento das experiências sempre ocorrem em interação com outros atores (aliados, concorrentes, adversários), e seus resultados dependem de como estas interações se estruturam e se desenvolvem. As políticas públicas podem ter origem em movimentos sociais a fim de contribuir para mudanças institucionais e a importância que gestores e trabalhadores exercem ao incentivar a participação destes (CANÇADO; BARROS; BARROS, 2021).

O que distingue a atuação dos movimentos sociais nos subsistemas de políticas públicas é o fato de eles oferecerem às pessoas comuns uma possibilidade de se organizarem coletivamente para fazer sua voz ouvida nos circuitos de tomada de decisão. Ao levarem para o interior dos subsistemas atores e interesses previamente não considerados pelos tomadores de decisão, os movimentos sociais acionam um conjunto de interações confrontacionais (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

No que tange as instituições participativas, no Brasil apresentam inegável importância na realidade dos governos, na medida em que vêm se disseminando desde o lançamento de suas bases legais em 1988, e têm sido integradas de forma gradual e orgânica ao processo de concepção, execução e controle de políticas públicas, seja por meio da estruturação de sistemas nacionais de políticas públicas, seja por meio da vinculação de instituições participativas a

instrumentos regulares e estáveis de financiamento. Tendo em vista o desenvolvimento do processo de participação no Brasil e a sua institucionalização, observados nas últimas duas décadas, pode-se falar na existência de um original sistema participativo, dotado de formas normativas e organizacionais desenhadas para promoverem a participação dos cidadãos nas decisões sobre políticas (SÁ E SILVA; LOPEZ; PIRES, 2010).

De forma geral, identifica-se um paulatino fortalecimento das formas institucionais de inclusão da sociedade e de seus cidadãos na tomada de decisão e no acompanhamento das políticas públicas conduzidas pelo aparato estatal. Dois movimentos marcaram as últimas décadas: a reformulação e o reforço de instituições como conselhos e conferências nacionais e municipais em áreas de políticas públicas com tradição participativa, como saúde, assistência social e meio ambiente; e a inclusão e a abertura à participação de conselhos e conferências nacionais e municipais em temas novos ou de menor tradição participativa, como garantia de direitos, proteção e vocalização de minorias políticas e culturais frequentemente alijadas da representação política formal e tradicional (LOPEZ; PIRES, 2010).

2.3.3 Teorias para análise de Políticas Públicas

Ao longo dos últimos 50 anos, um conjunto de lentes teóricas foi desenvolvido para analisar as políticas públicas. Elas enfocam diversas dimensões: a natureza incremental das políticas, os processos decisórios e a racionalidade limitada, o papel das instituições e das regras do jogo na conduta dos atores sociais, as ideias e interesses nos processos das políticas etc. (LIMA *et al.*, 2021).

Uma abordagem que ganhou bastante destaque na literatura é o ciclo das políticas públicas desdobrado a partir do trabalho de Lasswell (1956). Nele, as políticas públicas são tomadas como um ciclo deliberativo, constituindo um processo dinâmico e de aprendizado, sendo composto pelas seguintes etapas/estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006).

De forma semelhante, Secchi (2014) considera que “o processo de elaboração de políticas públicas (*policy-making process*) também é conhecido como ciclo de políticas públicas (*policy cycle*).” Assim sendo, destaca sete fases do processo: Identificação do problema; Formação da agenda; Formulação de alternativas; tomada de decisão; Implementação; Avaliação; Extinção (SECCHI, 2014, p. 33). Essas fases na realidade apresentam-se de forma sobreposta e não sequencial (SECCHI, 2012).

Contemporaneamente, de acordo com Rosa, Lima e Aguiar (2021) as fases costumam ser delimitadas em:

(a) Formação da agenda: momento em que situações percebidas como indesejáveis são transformadas em problemas sociais e disputam a atenção de atores que detêm os recursos para formular e implementar políticas públicas.

(b) Formulação das alternativas: quando as comunidades de políticas elaboram alternativas de políticas públicas.

(c) Tomada de decisão: fase da escolha entre as alternativas disponíveis.

(d) Implementação: estágio de execução das políticas públicas e de sua adaptação aos contextos locais de ação.

(e) Avaliação: atividades de produção de informações sobre a política e sua implementação.

Todavia, mesmo reconhecendo a relevância desta abordagem para a produção de estudos detalhados sobre cada uma dessas etapas, tal modelo tem recebido diversas críticas (SABATIER, 2007). Em virtude disso, em meados de 1980 e início dos anos 1990 desenvolvem-se novas perspectivas, culminando no surgimento de alguns modelos que contrapunham a visão sequencial ou de estágios: o modelo de Múltiplo Fluxos (*Multiple Streams*) proposto por John Kingdon em 1984, o de Coalizões de Advocacia (*Advocacy Coalitions Framework*) proposto por Paul Sabatier e Jekins-Smith em 1993 (posteriormente revisado e ampliado pelos autores em 1999) e o modelo de Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium*) elaborado por Frank Baumgartner e Brian Jones em 1993 (ALMEIDA; GOMES, 2019).

Essas perspectivas abordam as políticas a partir dos atores e suas interações, incluindo ideias, interesses e contextos institucionais (CAPANO; HOWLETT, 2020). Entretanto, devido ao alto grau de complexidade inerente ao processo político, recentemente, alguns autores têm criticado esses modelos pela sua impossibilidade de compreender tal processo de forma holística, integrando ao mesmo tempo as dimensões de agência e estrutura (MORÇÖL, 2010) e também pelo fato de privilegiar a explicação da estabilidade do processo político ao invés de sua instabilidade (HAYNES, 2009).

Todas estas perspectivas contribuem para ampliar nosso entendimento sobre as políticas públicas. Além disso, autores constatarem uma aproximação e difusão das diversas abordagens de análise existentes (LIMA *et al.*, 2021).

Mais recentemente, Lima *et al.* (2021) apresentaram uma nova proposta. O que a diferencia das demais é o movimento de investigar as políticas a partir de seus efeitos sociais e

de derivar as categorias analíticas de uma perspectiva de desenvolvimento, permitindo averiguar se os esforços empreendidos por meio das políticas seriam capazes de produzir mudanças sociais nesse sentido. Tomando como ponto de partida os impactos desejados para então observar as instituições, os atores e as organizações.

Quanto ao ciclo de políticas públicas, ganhou destaque a avaliação por ser um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão, do controle social sobre a efetividade da ação do Estado. Porém existem dificuldades para a realização destas avaliações, como a forma que foi desenhada, sem a percepção da importância da avaliação (CANÇADO; BARROS; BARROS, 2021).

No que tange os estudos sobre as instituições participativas por meio desta abordagem, é importante destacar que as IPs podem assumir centralidade em determinadas etapas do ciclo e ser pouco ou nada relevantes em outras etapas. Tal variação tende a fazer com que distintos atores, à medida que avaliam diferentemente a importância de cada etapa e/ou variam seus recursos e capacidades de intervenção em cada uma delas, tenham uma avaliação diferenciada em relação à participação nas IPs (SILVA, 2011).

O envolvimento da sociedade civil, e também a incorporação dos governos locais e estaduais, além de representantes de outras organizações relacionadas aos objetos de intervenção das políticas, tem incidência especialmente nas fases de formulação e avaliação das políticas públicas. A diversidade de atores participantes, inclusive a articulação de atores da sociedade civil em instâncias representativas, é um instrumento de ampliação da participação social, abrindo espaço para reivindicação dos vários setores envolvidos e também dando mais visibilidade aos conflitos e às disputas, inclusive àquelas sobre os próprios limites dessa participação (LOTTA; VAZ, 2015).

A proposta de construção de tipologias, obviamente, apresenta claros limites perante a complexidade dos processos em foco. No entanto, como em todo esforço de formalização, a redução da complexidade se constitui em um passo necessário para um tratamento sistemático e cumulativo dos objetos de pesquisa. Uma maior precisão na identificação das variações qualitativas das IPs, a apreensão de padrões distintos de funcionamento e de resultados e, especialmente, a análise das relações entre estas variações são ganhos que, mesmo limitados, possibilitam o avanço deste campo de estudos em termos de comparação e generalização dos resultados de pesquisa (SILVA, 2011).

Outro limite da construção de tipologias é que elas tendem a produzir classificações estáticas que, sendo adequadas para caracterizar um momento particular, são inadequadas para análises longitudinais de processos marcados por significativa dinamicidade. A posição

ocupada por IPs na atuação de diferentes atores ou nos ciclos de políticas públicas, por exemplo, tende a apresentar expressiva variação a depender de mudanças das forças políticas à frente dos governos (SILVA, 2011).

Em consonância, outros autores reforçam que a análise estática e mecanicista não é suficiente para compreender o mundo em constante mudança em que vivemos. Para enfrentar adequadamente os desafios sociais e ambientais mais prementes que se avizinham, precisamos desenvolver ferramentas analíticas para analisar situações dinâmicas (OSTROM; BASURTO, 2011).

No entanto, o acúmulo sistemático das “fotografias” fornecidas por estudos fundados nos mesmos parâmetros de classificação e ordenamento da realidade ofertado pelas tipologias possibilita a visualização das mudanças e, mesmo, de padrões de mudança que, de outra forma, ficam obscurecidos (SILVA, 2011).

3 CONTEXTO E METODOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa. Os estudos de casos múltiplos são conjuntos de estudos de casos únicos, e tem como vantagem proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto (YIN, 2018). Considerando que na definição de Yin (2018, p. 15): “Um caso é um método empírico que i) estuda um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e dentro do contexto de seu mundo real, especialmente quando ii) as fronteiras entre o fenômeno e o contexto podem não ser claramente evidentes”.

Ademais, este estudo caracteriza-se como qualitativo, por buscar responder questões da participação social, através da participação direta dos sujeitos envolvidos no contexto estudado. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças e representações em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tão pouco a generalização, mas deve privilegiar o aprofundamento da análise (MINAYO, 1994).

Segundo Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

Para Gil (2008), o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

3.1 CONTEXTO

O cenário dessa investigação são os Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis/SC e Criciúma/SC. Dessa forma, além do valoroso realce a estes espaços participativos, revela-se o importante destaque neste estudo aos municípios, no sentido de conhecer os contextos e ambientes nos quais se inserem os conselhos. Busca-se ressaltar alguns aspectos relevantes integrados diretamente ao objeto de estudo dessa investigação, tais como contextos sociais, políticos e econômicos.

3.1.1 Os Conselhos Municipais de Saúde

O Conselho Municipal de Criciúma foi instituído pela lei 2.378 de 25 de maio de 1989. É composto por 24 membros titulares e 2 (dois) suplentes cada, representantes das entidades, obedecendo-se à paridade e o mandato é de 2 (dois) anos (CRICIÚMA, 2014).

O CMS se reúne no mínimo duas vezes ao mês e extraordinariamente, quando for necessária a sua convocação e deve apresentar a seguinte organização: I - Plenário; II - Mesa Diretora; III - Comissões Intersetoriais e Internas; IV - Secretaria Executiva (CRICIÚMA, 2014).

A mesa diretora, é eleita em plenário, respeitando a paridade, com a seguinte composição: I - Presidente; II - Vice-Presidente; III - Secretário; IV - Tesoureiro. Devendo o cargo de Presidente obedecer ao sistema de rodízio entre os representantes dos Usuários, Profissionais de Saúde e Prestadores, alternando a presidência a cada biênio, observando a seguinte ordem: Usuário, Profissional, Usuário, Prestador e assim sucessivamente, sendo eleito pelo Conselho em colegiado (CRICIÚMA, 2014).

No que diz respeito ao CMS de Florianópolis, o mesmo foi criado em 1º de novembro de 1989, pela Lei Municipal nº 3291/89 (FLORIANÓPOLIS, 1989), e assim como o CMS de Criciúma encontra-se entre os 15 conselhos cadastrados em Santa Catarina cuja data de criação é anterior à década de 1990. É composto de forma paritária por trinta e duas entidades-membro, cada uma indicando os seus respectivos representantes titular e suplente. Com a lei 10.167 de 2016 também passaram a ser distribuídas aos distritos de saúde do município cinco vagas do segmento de usuários, uma vaga por distrito, devendo as entidades serem membros dos conselhos distritais de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016).

O mandato é de três anos e o conselho se reúne em sessões plenárias ordinárias, uma vez por mês, ou extraordinárias, quando convocadas pelo Presidente, pelo Secretário Municipal de Saúde, ou requeridas por dois terços dos representantes das entidades-membro (FLORIANÓPOLIS, 2016).

A Mesa Diretora é eleita pelos representantes titulares das entidades-membro e é composta paritariamente por: I - dois presidentes, sendo um nato, que é o Secretário Municipal de Saúde e outro eleito entre os demais conselheiros, ambos com o mesmo status, presidindo alternadamente as reuniões; II - um Vice-Presidente; III - um 1º Secretário; e IV - um 2º Secretário. Ainda, de acordo com a legislação, o CMS deve contar com uma Secretaria Executiva composta minimamente por: I - um Secretário Executivo; II - um Assistente

administrativo; III - um Estagiário; IV - um Auxiliar de Serviços Gerais; e V - um Segurança (FLORIANÓPOLIS, 2016).

3.1.2 Os municípios

Criciúma, município situado no sul do estado de Santa Catarina, foi território e distrito do município de Araranguá, do qual se desmembrou em 1925, tendo sua instalação no dia 1º de janeiro de 1926. O município, que conta com uma população estimada (2021) de 219.393 pessoas (IBGE, 2021), teve seu desenvolvimento vinculado à indústria da mineração do carvão (BELOLLI; QUADROS; GUIDI, 2002) e simultaneamente à exaltação da necessidade do carvão nacional, também se criava a ideia de progresso ligado à economia carbonífera. Os discursos das autoridades e setores dominantes da região eram direcionados à necessidade de adquirir soberania nacional, através da exploração do “ouro negro”, carvão mineral, produto indispensável na utilização da indústria de base do País. Até a década de 1950, não houve outra atividade econômica que tivesse tanta representatividade quanto à mineração em Criciúma e nos municípios do entorno. Nos momentos de crise e crescimento sempre houve a participação do governo através, de políticas públicas, porém as intervenções governamentais não eram “concretas e duradouras” (FORTUNATO, 2008).

Os setores econômicos produtivos de Criciúma começaram a se diversificar nos anos de 1960. Outros setores industriais, sem muita expressão até então, começaram a ter influência econômica e social junto aos dois ramos de atividades tradicionais, como a agricultura e a mineração. Nesta fase de desenvolvimento econômico destacam-se as indústrias cerâmicas de pisos e azulejos, o ramo de calçados e de couro, de vestuário, mecânico-metalúrgico, de transporte, de alimentos, de construção civil, de serviços e de plástico (FORTUNATO, 2008).

A ideologia do progresso que esteve por muito tempo atrelada às expectativas geradas pela indústria carbonífera, consolidou sua imagem de Capital do Carvão, ao passo que esta sedução pela memória desde muito tempo tem se voltado para a experiência da colonização, que nas últimas décadas vem apresentando Criciúma como a Cidade das Etnias. Atualmente, talvez a grande diferença entre uma representação e outra resida no fato de que, enquanto a Capital do Carvão é vista basicamente como um ciclo econômico que teve seu auge mas não foi capaz de cumprir as promessas de futuro que trazia, a Cidade das Etnias é tida geralmente como uma história de êxito, que explica positivamente a essência do município (MONTEIRO, 2020).

Contudo, da mesma forma que a Capital do Carvão foi incapaz de proporcionar as conquistas do progresso para todos os criciúenses, a Cidade das Etnias também demonstra extrema dificuldade na assimilação de outros “grupos étnicos” que não procedam das imigrações europeias do século XIX, sem deixar de hierarquizá-los e assim diminuí-los em importância. Por mais que a pedagogia da colonização se abra à inclusão de novos grupos por meio de monumentos, obras historiográficas e comemorações festivas que no limiar do século XXI contemplem lusos, açorianos, negros, árabes, espanhóis, teutos, russos e até índios, ao deformá-los em um conceito de etnia que está diretamente implicado com o de colonização, acaba por fortalecer um discurso que valoriza cada vez mais os imigrantes considerados ideais: poloneses, alemães e principalmente italianos. Assim, torna-se necessário olhar para dentro da Cidade das Etnias, questionar a sobrevalorização da memória da colonização que fundamenta e monopoliza as políticas públicas no campo da cultura, que por sua vez reforçam uma cultura política conservadora ainda legitimada nos tradicionais esquemas de identificação étnica (MONTEIRO, 2020).

Para Teixeira (1996), tamanha é a força da ideologia da mineração que, apesar da reestruturação econômica e diversificação das atividades industriais ocorridas nas últimas décadas, a cidade permanece, em alguma medida, refém de seus antigos donos (os donos das minas e da cidade) e ideologias. “Donos”, este foi o termo utilizado em seu estudo para dirigir-se a um determinado grupo (ou grupos) hegemônico (s) no poder local/Criciúma, que segundo sua análise esteve associado a cada período histórico (colonização, mineração e diversificação), pois na condição de elites dirigentes, elevaram-se sobre os demais tornando-se, assim, dominantes, isto é: “um poder instituído por uma minoria insensível à maioria da população que, supostamente, representa [...]” (TEIXEIRA, 1996, p. 239).

Além disso, o desenvolvimento do modelo econômico na cidade ao longo da história, marcou diretamente a construção de uma identidade entre as elites locais, que organizadas institucionalmente, por meio de partidos políticos ou associações empresariais, vão ocupar os espaços de poder, estabelecendo uma determinada hegemonia em grande parte da história política da cidade (ILIBIO, 2019).

No livro “A história política de Criciúma no século XX”, os autores destacam o caráter étnico que marcou o processo de emancipação político-administrativa de Criciúma, instalada como município em 1926, que envolveu disputas entre “as elites luso-brasileiras que dominavam politicamente todo o Vale do Araranguá, e um grupo de comerciantes formado por algumas famílias de imigrantes italianos e alemães”. Os autores apontam também “o domínio político dos descendentes de imigrantes na era Vargas”, a constituição de “uma elite de

empresários vinculados à exploração do carvão que iriam participar e influenciar decisivamente as disputas pelo poder” no período pós-1945, e a crescente organização dos trabalhadores mineiros articulados em torno do sindicato, do Partido Comunista Brasileiro (PCB) e do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) (MONTEIRO, 2017).

Em âmbito nacional, nas últimas décadas, as mais diversas experiências de democracia participativa desenvolvidas pelos municípios, como conselhos deliberativos de políticas sociais, orçamento participativo e diversas outras modalidades de espaços de participação foram retratando o perfil das instituições públicas brasileiras. Em grande medida, direta ou indiretamente, isso ocorreu devido à ação de partidos de esquerda, tendo como protagonista nesse processo o Partido dos Trabalhadores (PT), criado em 1980, que hegemoniza a aglutinação dos setores organizados da sociedade civil e assume a defesa da democracia participativa. Ao lograr êxito em várias eleições para diversos governos municipais, antes de alcançar a presidência da República, o PT empenha-se na difusão de gestões participativas e mesmo o partido não monopolizando a defesa de instituições participativas, acaba sendo o protagonista na institucionalização de espaços de participação da sociedade civil em decisões públicas, em conjunto com outros partidos menores de esquerda (ROCHA, 2011).

Vale salientar que, nos interessa aqui resgatar brevemente o histórico dos movimentos sociais e sua relação com os partidos políticos, buscando compreender as relações imbricadas que os envolvem na construção e manutenção de um espaço participativo, mais especificamente o Conselho de Saúde. Além disso, buscamos identificar quais outros fatores importam para que os canais de participação em saúde se desenvolvam e se fortaleçam.

Os movimentos podem se constituir como mediadores entre os interesses e as demandas societários tradicionalmente desconsiderados na construção de políticas públicas e os espaços e processos institucionais nos quais aquela construção ocorre. Compreender este processo, a maneira como ocorre, quais atores ganham acesso ao Estado e a sua capacidade de influenciar a conformação das políticas e das instituições mais amplas exige entender a maneira como os movimentos sociais interagem com outros atores do subsistema em contextos cambiantes. Na medida em que traduzem interesses e demandas em propostas de políticas e são bem-sucedidos na disputa de tais propostas nas interações com os outros atores dos subsistemas, os movimentos podem obter conquistas institucionais e ampliar o acesso de suas bases aos recursos do Estado. Ao mesmo tempo, mudanças nos regimes políticos afetam as condições destas disputas (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

Diante de tal contexto, gostaria de destacar as razões que motivam a escolha pelo município de Criciúma/SC. A escolha por esse município se deu em detrimento do seu histórico

de mobilização social e política. Criciúma, é reconhecida nacionalmente como um dos principais centros de mobilização operária e sindical de Santa Catarina. É uma cidade que a partir de um modelo capitalista explorador e predatório, tanto da exploração da força de trabalho como em relação ao meio ambiente, também foi, até o final dos anos 80 do século XX, marcada por um intenso movimento operário e popular, especialmente dos mineiros (OLIVEIRA, 2001), sendo até mesmo considerada por alguns como a “Cuba” do Brasil (TEIXEIRA, 1996). Além disso, atendeu ao critério de oportunidade para continuidade e aprofundamento do estudo de Mestrado, muito embora discutir as possíveis articulações entre participação social e conselhos de saúde, tendo como referência o caso cricumense no momento atual, também implicou o enfrentamento de vários desafios, principalmente em virtude da dificuldade de acesso aos documentos e informações sobre essa experiência, haja vista que não são disponibilizados em sites e também pela carência da Secretaria Executiva. Isso, no entanto, não nos eximiu de tentar enfrentar essas dificuldades.

Ademais, visando discutir o tema, esse trabalho tentou compreender as articulações entre os atores sociais e os impactos da participação em saúde a partir da luta por direitos na pauta política, sob perspectiva comparada à capital do estado, o município de Florianópolis, a partir das relações entre os dois municípios, tendo em vista que as primeiras aproximações acerca da configuração histórica e acúmulos conquistados pelo movimento comunitário em Florianópolis, bem como reportado também ao nível do Estado, remetem às características socioeconômicas e culturais de Santa Catarina, fortemente influenciadas pela ocupação do espaço como decorrência da migração europeia, especialmente italiana e alemã (MACHADO, 2013). Os fatores de caráter sociodemográfico e socioeconômico, ainda as características político-institucionais, bem como estado de origem das cidades, são aspectos relevantes para a definição dos municípios, haja vista que alguns estudos já demonstraram que há uma relevante variabilidade, por exemplo, no grau de associativismo e tradições políticas entre os estados e entre regiões (AVRITZER, 2007; VAZ; PIRES, 2011). Assim, ao se escolher casos pertencentes a estados e regiões iguais, poder-se-á atribuir um fraco grau de influência dessa característica em eventuais variações dos resultados. Além disso, outros critérios também foram analisados a fim de selecionar os municípios, tais como, a presença de conselhos atuantes, melhores resultados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e boa proposta de rede de atenção à saúde.

O desenvolvimento comunitário em Santa Catarina, que tem na sua história as bases da colonização europeia, acabou por desenvolver um “espírito comunitário associativo e de organização comunitária”, assim também, como o estabelecimento da pequena propriedade e

do trabalho livre, que difere da realidade socioeconômica e cultural das outras regiões do país. (CASTRO, 1992)

Todavia, Florianópolis, que conta com uma população estimada (2021) de 516.524 pessoas (IBGE, 2021), ao contrário de outras capitais ou de cidades com grandes indústrias, não tinha um grande contingente de operários. Ao fazer uma análise do município entre 1945 e 1964, Araújo (2013) relata que a dinâmica da cidade se assentava na condição de centro administrativo do estado de Santa Catarina. Contudo, a ausência de uma classe operária em sentido “clássico” não significou o desmantelamento das lutas sociais. Verificou-se uma conjuntura mais complexa do que as tradicionais interpretações da história política catarinense. A relação entre políticos e classes trabalhadoras florianopolitanas não foi e nem pode ser pensada como mera reprodução das movimentações nacionais tampouco como epifenômeno isolado em suas peculiaridades.

A opção das classes dominantes locais pela cidade turística em detrimento da cidade industrial conduziu à valorização do capital imobiliário. Tal escolha correspondeu a um projeto de classe. Nesse aspecto cabe destacar que a construção da imagem é uma das especificidades a ser considerada em uma região metropolitana que não se caracterizou pelo desenvolvimento industrial, pois era necessária para vender a cidade como mercadoria turística. Na produção da imagem da cidade é que diferentes representações se confrontam. O projeto turístico tinha como uma de suas contrapartidas a invisibilização da pobreza e isso só era possível com o controle dos mecanismos de poder que viabilizavam o projeto, envolvendo desde o aparato estatal em deficientes níveis ao controle da mídia e dos significados por ela produzidos. Pronta para o combate a qualquer ameaça, na década de 1980, com a redemocratização encontra os movimentos sociais, com seu papel de denúncia das consequências sociais e ambientais advindas desse projeto (CANELLA, 2015).

A emergência dos movimentos sociais e o crescimento da cidade fizeram com que os anos 1980 rompessem com a imagem de Florianópolis como cidade pacata e provinciana, se comparada com as demais capitais do país, nas quais a presença de mobilizações políticas mais amplas, inclusive das populações mais pobres, sempre teve maior destaque. No entanto, a cidade foi palco de um evento político importante no final da ditadura militar conhecido como “novembrada”, e que desafiou a presença do general Figueiredo, último representante da dura ditadura civil-militar que governou o país desde 1964. Maristela Fantin (1997, p. 166), entre outros autores, observou que nessa década Florianópolis: "foi deixando de ser uma cidade aparentemente tranquila' para se tornar um foco de protestos e de negações". A responsabilidade por essa mudança pode ser atribuída a um conjunto bastante diversificado de atores incluindo

desde os protagonistas das inúmeras greves ocorridas no período, como estudantes, técnicos e professores da Universidade Federal, sindicatos de algumas categorias profissionais da área de serviços (notadamente sindicatos dos eletricitários e dos bancários) até o movimento ecológico, articulado fundamentalmente em torno do Movimento Ecológico Livre (CANELLA, 2015).

No entanto, o preconceito e a discriminação não deixaram de existir. Passaram a ocorrer de modo diferenciado, pois a cidade mudou e, com ela, as suas formas de resolução de conflitos também. Contemporaneamente, a estigmatização da população migrante e a criminalização dos movimentos sociais se inserem num quadro de diferentes formas de negociação de sentido, dependendo da legitimidade das questões envolvidas e dos interesses econômicos em jogo (CANELLA, 2015).

Ao entrar no século XX, a cidade passou por profundas transformações, sendo que a construção civil foi um dos seus principais suportes econômicos. A implantação das redes básicas de energia elétrica e do sistema de fornecimento de água e captação de esgotos somaram-se à construção da Ponte Governador Hercílio Luz, como marcos do processo de desenvolvimento urbano. Florianópolis tem sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo (FLORIANÓPOLIS, 2009).

Com o crescimento urbano de Florianópolis, a ascensão de alguns dos principais setores econômicos do município, em especial o turismo e a construção civil (REIS, 2012; LINS, 2011), incluindo também o mercado imobiliário, nos anos 1980 e 1990, começam a assumir um papel de protagonistas também nas disputas políticas ideológicas da cidade (BERTOLI, 2018).

No âmbito político, ao analisar o conjunto do período entre 1985 e 2008 em Florianópolis, no que se refere às eleições para prefeito, e especialmente quanto ao número de prefeitos eleitos, percebe-se um equilíbrio de forças entre partidos localizados à direita (PDS-PPB-PP) e ao centro do espectro ideológico (PMDB e PSDB). Nas sete eleições realizadas no período do estudo, em três delas foram vitoriosos políticos vinculados ao PDS-PPB-PP (Esperidião e Ângela Amin); por duas vezes venceu o PMDB (Edson Andrino e Dario Berger) e em uma vez venceu PSDB (Dario Berger). Apenas em uma das eleições venceu um candidato (Sérgio Grando) vinculado a um partido considerado de esquerda (PPS), o que revela certa debilidade dos partidos de esquerda e do PT, em especial, nas eleições para prefeito em Florianópolis (CARREIRÃO, 2009).

3.2 MÉTODO

O estudo de casos múltiplos, segundo Yin (2018), tem provas mais convincentes, sendo visto como mais robusto. Para Triviños (1987, p.136), nos estudos de multicaseos não existe "[...] necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa, o pesquisador pode ter a possibilidade de estudar dois ou mais sujeitos, organizações etc.". Esses estudos visam analisar um objeto de estudo de maneira singular, mesmo que, posteriormente, tenham sido observadas semelhanças com outros casos, retratando a realidade de forma completa e profunda.

3.2.1 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada a partir das seguintes estratégias: i) análise documental de atas, resoluções de reuniões, etc; e ii) entrevistas, com roteiro semiestruturado (Apêndice B), dos integrantes e/ou ex-integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis e Criciúma.

Para a análise documental proposta, foram analisadas as atas e resoluções dos CMSs correspondentes ao período de 2017-2021. Também foram analisados textos publicados na grande mídia cujo conteúdo relacionava-se à ações de saúde no âmbito municipal, políticas federais, estaduais e municipais, bem como documentos e projetos encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde (documentos oficiais e normativos do município), como: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPA), Programação Anual da Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

As entrevistas visaram aprofundar a compreensão das questões relacionadas ao funcionamento e resultados produzidos pelas decisões e ações dos CMSs nas políticas públicas. A amostra do estudo foi composta por 8 integrantes e/ou ex-integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis (SC) e Criciúma (SC), sendo 4 em cada município. Os informantes-chave foram identificados e selecionados a partir da análise documental, durante o desenvolvimento do estudo. As entrevistas com informantes-chave são comumente utilizadas em pesquisas de campo. Nessa perspectiva, os entrevistados são indivíduos bem informados, ou seja, pessoas com amplos contatos e envolvimento ativo na comunidade, ou pessoas que têm um conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre um sistema, serviço ou outro assunto de interesse específico do pesquisador (SCHENSUL, 2004).

A entrevista semiestruturada foi baseada em um roteiro prévio, sendo que as narrativas foram gravadas e os dados coletados foram transcritos. As entrevistas foram agendadas antecipadamente através de contato via e-mail ou telefone com o(a) participante. Foram

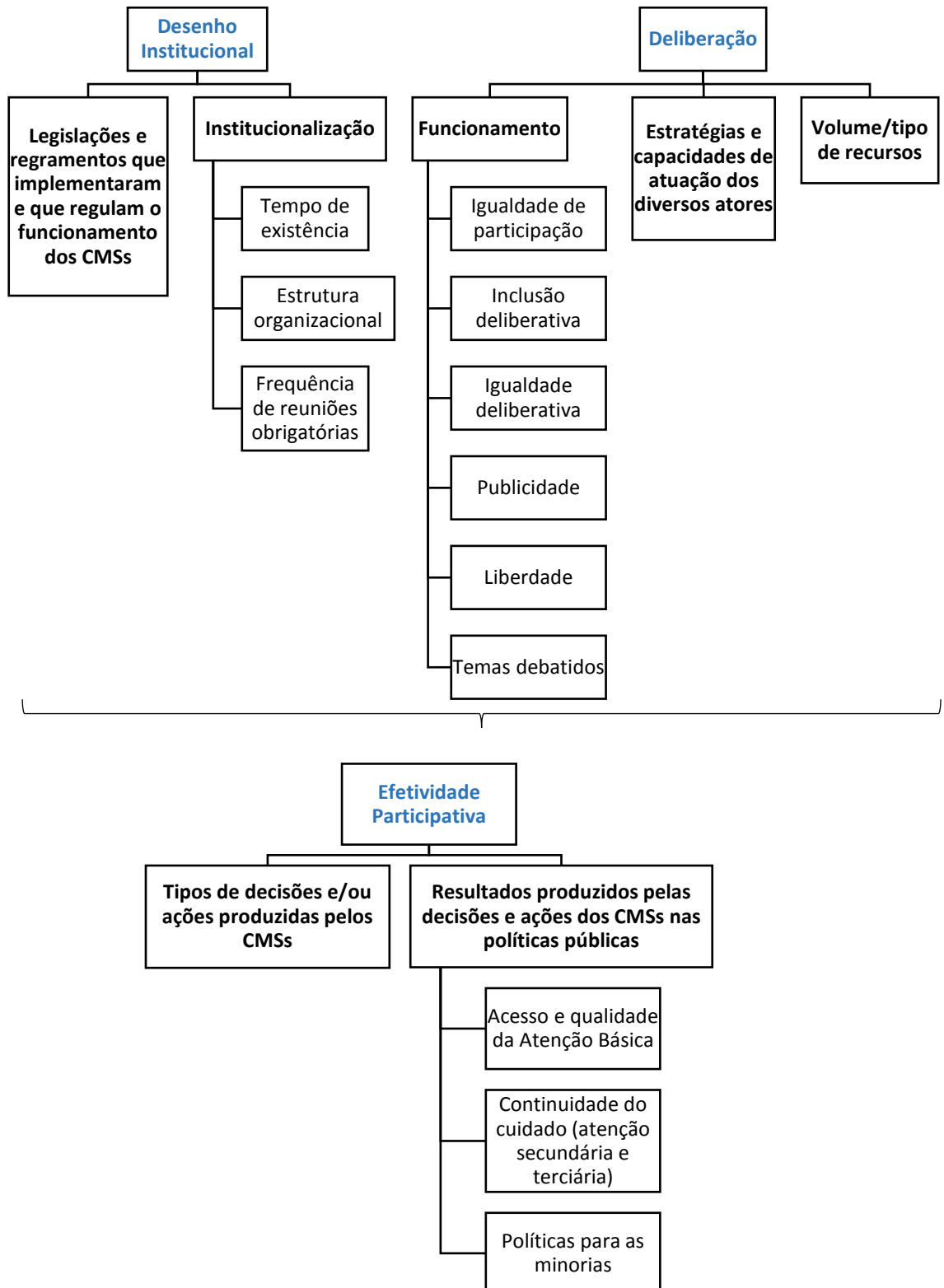
conduzidas de forma individualizada, de forma virtual e síncrona, nos meses de março e julho de 2022 e com a duração média de uma hora a uma hora e trinta minutos.

3.2.2 Aspectos de observação

Tendo em vista que tanto o funcionamento quanto os resultados das IPs fazem parte de um processo político, que acontece tanto internamente quanto externamente às mesmas, e envolve uma multiplicidade de atores e arenas, para uma efetiva análise das IPs torna-se necessário analisar como os diversos atores politicamente relevantes em cada contexto se relacionam com tais instituições, a fim de analisar como as IPs funcionam e quais resultados produzem, e também analisar qual a posição que as IPs ocupam na relação com outras esferas (institucionalizadas ou não) nas quais se desenvolve o processo de produção e implementação das políticas públicas (SILVA, 2011).

Diante de uma perspectiva de análise que leva em conta a contextualidade e as relações internas e externas às IPs, no Diagrama 1 foram definidas dimensões para análise, inspiradas no trabalho de Silva (2011), apontando também critérios de avaliação que podem qualificar o estudo sobre os conselhos de saúde. No presente estudo, o foco está centrado na terceira dimensão, que se refere à efetividade participativa, ao tratar dos resultados produzidos pelas decisões e ações dos CMSs nas políticas públicas.

Diagrama 1: Dimensões do processo participativo e critérios de avaliação.



Fonte: Elaboração própria.

Nesta perspectiva, a **primeira dimensão**, desenho institucional, é elemento fundamental para a compreensão do grau de abertura à participação, do tipo de participação e, principalmente, dos limites da participação, pois define o perfil, as características e as formas de atuação dos atores. O desenho institucional, refere-se basicamente a um “conjunto de regras, critérios, espaços, normas, leis, que visam fazer valer e promover a realização prática dos princípios democrático-participativos” (LÜCHMANN, 2002, p. 143). Essa dimensão incorpora os seguintes critérios:

- a) **Legislações e regramentos que implementaram e que regulam o funcionamento dos CMSs.** Mesmo que a maneira como estas instituições operam muitas vezes apresenta divergências em relação àquilo que está formalmente estabelecido nas normas que as regulam, é preciso analisar tais normas, levando em conta que este aspecto é claro indicador de que, mesmo não operando de forma autônoma e automática, tais regramentos exercem influência.
- b) **Institucionalização:** A institucionalização dos conselhos pode ser medida a partir de informações sobre:

O tempo de existência dessas instituições: um tempo maior de existência assim como a regularidade das reuniões revelam, de forma direta, o grau de formalidade desses conselhos. Quanto maior a regulação sobre o seu funcionamento, mais institucionalizados são esses espaços;

A existência de uma *estrutura organizacional*: a presença de um conjunto de estruturas burocráticas tais como mesa diretora, secretaria executiva, câmaras ou comissões técnicas e temáticas indicam o quão organizados estão os conselhos; e

A frequência de reuniões obrigatórias: a frequência aponta para uma organização da política, uma vez que elas são partes importantes da estrutura que as compõem.

A **segunda dimensão** que pode ser dada como base para avaliar a qualidade da participação consiste nos processos de deliberação. A capacidade das instituições participativas atuarem como efetivos canais de vocalização das demandas da sociedade civil tende a depender, em grande medida, do grau de discussão e debate que são empreendidos no seu âmbito. A deliberação é um componente importante dos processos participativos porque envolve, dentre outras coisas, um conjunto de possibilidades relacionadas ao grau de envolvimento dos atores no processo e, principalmente, ao grau de comprometimento destes agentes com as temáticas em discussão e com a possibilidade efetiva de concretização, acompanhamento e monitoramento dessas ações.

A deliberação possibilita avaliar em que medida as instituições cumprem suas funções e objetivos no que diz respeito à deliberação acerca da política pública e ao controle público sobre as ações a ela relacionadas. Tal dimensão contempla diversos critérios com base no trabalho de Almeida e Cunha (2011), a saber:

a) **Funcionamento:**

- Igualdade de participação: todos os cidadãos de uma comunidade política devem ter assegurada a igual oportunidade para o exercício do poder político ou para exercer influência política sobre quem o pratica;
- Inclusão deliberativa: Todos aqueles que estão sujeitos ao poder político e à consequência de suas decisões devem ter seus interesses e razões considerados no processo de discussão e de decisão que autoriza o exercício desse poder e produz as normas vinculantes;
- Igualdade deliberativa: participação igualitária (nos aspectos formais e reais) no processo decisório. Ou seja, todos os participantes devem ter as mesmas oportunidades de colocar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir;
- Publicidade: condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse, qualidade que se expressa na transparência, na visibilidade, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados;
- Liberdade: devem ser asseguradas as liberdades fundamentais (de consciência, de opinião, de expressão, de associação) e as propostas não devem ser constrangidas pela autoridade de normas e requerimentos dados a priori;
- Temas debatidos: como são debatidos os temas, quais temas, quais recursos informacionais estão à disposição dos participantes.

b) **Estratégias e capacidades de atuação dos diversos atores** que conformam as diferentes redes de políticas públicas, identificando o grau de centralidade que o CMS possui para tais atores. Dependendo da centralidade dos CMSs para os atores e da centralidade dos atores nas redes de políticas, os CMSs tenderão a apresentar dinâmicas e a produzir resultados bastante distintos (SILVA, 2011).

c) **Volume/tipo de recursos** para dar sustentação ao seu funcionamento e, também, para implementar suas decisões/ações. Tema relativamente secundarizado na literatura sobre as IPs,

a questão dos recursos (humanos, materiais, financeiros, de conhecimento etc.) necessários à realização das atividades cotidianas destas instituições e à efetivação de suas decisões é um elemento central para avaliar o funcionamento e os resultados produzidos pelas mesmas. A capacidade de produção de resultados por IPs dotadas de recursos expressivos (recursos para alocar através de suas decisões; corpos técnicos altamente qualificados; boas condições materiais – salas, equipamentos; funcionários de apoio; recursos para viagens e atividades etc.) tende a ser muito distinta em comparação com IPs caracterizadas por grande precariedade (SILVA, 2011).

A **terceira dimensão** aborda, especificamente, a efetividade participativa ao tratar dos resultados identificados pelo fórum colegiado. Para a observação sistemática dos resultados dos conselhos serão analisados:

a) **Tipos de decisões e/ou ações produzidas pelos CMSs.** Os resultados possíveis de serem produzidos de acordo com cada etapa ao longo do ciclo das políticas públicas. Para exemplificar, a seguir são identificados alguns tipos possíveis de resultados em função desta variação (SILVA, 2011):

Tabela 1: Etapas ao longo do ciclo das políticas públicas e tipos de resultados.

| Etapa do ciclo | Tipos de resultados |
|---------------------------------------|--|
| Identificação de problemas e demandas | Lista de demandas Diagnósticos de situação/problemas |
| Planejamento | Elaboração de análises Formulação de planos de ação |
| Decisão sobre alocação de recursos | Definição de prioridades Seleção de projetos/ações |
| Formulação de políticas | Deliberação sobre propostas de políticas |
| Monitoramento | Acompanhamento da implementação Fiscalização do uso de recursos |

Fonte: Silva, 2011

b) **Resultados produzidos pelas decisões e ações dos CMSs nas políticas públicas.** Analisar quais os efeitos destas instituições na distribuição e na qualidade de bens, recursos e serviços públicos, além de efeitos mais gerais nos indicadores de saúde, de acordo com três categorias, a saber:

- **Acesso e qualidade da Atenção Básica**

As questões relacionadas à desigualdade em saúde e ao acesso e utilização de serviços estão inseridas nas discussões mais atuais da Atenção Primária em Saúde (APS) e são desafios a serem superados. A ampla expansão da APS, sobretudo das equipes de saúde da família, e capilaridade de seus serviços pelo território nacional também representam uma valorosa oportunidade de propiciar a participação social no âmbito das políticas públicas de saúde, no âmbito local.

Diversos estudos têm apontado que os avanços na atenção primária no Brasil resultaram em efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018). A significativa expansão da ESF resultou em importante redução da taxa de mortalidade infantil (AQUINO; DE OLIVEIRA; BARRETO, 2009; ROCHA; SOARES, 2010); redução na taxa de mortalidade e de internações por doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC) no País (RASELLA *et al.*, 2014); redução substancial nas internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil (BOING *et al.*, 2012; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014); reduções de mortes por causas consideradas especialmente sensíveis às ações de atenção primária (HONE *et al.*, 2017b); redução na mortalidade do grupo da cor negra em relação ao da cor branca, sugerindo que a expansão da ESF reduz iniquidades de mortalidade entre os grupos menos favorecidos na população (HONE *et al.*, 2017a).

Nesse sentido, políticas e ações voltadas para construção, ampliação e reforma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantia da presença de médicos nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de trabalho, continuidade informacional e institucionalização da avaliação contínua para melhoria da qualidade devem ter continuidade e avanços em suas proposições, já que a capacidade clínica da APS, a sua integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como os subsídios necessários para a realização da coordenação clínica permanecem como importantes desafios (ALMEIDA *et al.*, 2018).

- **Continuidade do cuidado - Atenção Secundária e Terciária**

No que tange ao acesso aos serviços especializados, as RASs determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, sendo que tais níveis de atenção constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, o que não quer dizer que sejam consideradas de maiores complexidades (MENDES, 2011).

Os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da

atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

- **Políticas de saúde para as minorias**

Foram analisadas as Ações e Políticas de Saúde, instituídas no âmbito do SUS, que têm como princípio a promoção de equidade e inclusão social, bem como contribuir para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade social. Desta forma, a ênfase aqui será dada à análise dos resultados voltados para o combate das desigualdades em saúde dos grupos minoritários (BARATA, 2009).

Nesse sentido, a pluralidade de vozes em uma sociedade efetivamente democrática possibilitaria fortalecer as lutas contra as desigualdades sociais em saúde, assim nos faz repensar que a proximidade dos atores com o campo de lutas na APS pode estimular a participação da sociedade civil em prol da garantia do direito à saúde para todos, de forma equânime e inclusiva.

3.2.3 Análise dos dados

Para a análise documental proposta o primeiro passo foi a leitura minuciosa das atas e resoluções dos CMSs, compreendendo o período de 2017-2021, utilizando a categorização por assunto, buscando identificar os principais temas e tipos de demandas abordados em reuniões. Esses resultados foram então analisados juntamente com as entrevistas. No total foram analisadas 59 atas e 79 resoluções do CSM de Florianópolis e 100 atas e 109 resoluções do CMS de Criciúma, além das demais publicações e documentos de interesse para a pesquisa.

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram submetidos a análise de conteúdo (BARDIN, 2016), com leitura exaustiva do material para organização das informações e posterior identificação dos núcleos temáticos. Segundo Bardin (2016, p. 48), a análise de conteúdo pode ser entendida como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

3.2.4 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer 5.097.916 de 10 de novembro de 2021. O estudo seguiu os princípios éticos e legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da pesquisa foram informados sobre objetivos, métodos adotados no estudo, garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi aplicado aos participantes.

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para o cumprimento dos objetivos dessa pesquisa e mantidos em sigilo. Para manter o respeito aos preceitos da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes foram identificados com a letra E de entrevistado, seguido do número de ordem de entrevista de cada um, para cada município do estudo. As entrevistas foram gravadas após consentimento dos participantes e posteriormente transcritas. Os dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, e serão guardados pelo prazo de cinco anos.

4 RESULTADOS

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão foram escritos no formato tradicional de apresentação de tese.

4.1 RESULTADOS DE FLORIANÓPOLIS/SC

Para facilitar a compreensão dos resultados e aprofundar as análises, os resultados serão apresentados de acordo com os municípios, inicialmente do município de Florianópolis e na sequência Criciúma, divididos em subtítulos referentes as seguintes temáticas: Acesso e qualidade da Atenção Primária; Continuidade do cuidado - Atenção Secundária e Terciária; e Grupos minoritários.

4.1.1 Acesso e qualidade da Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi identificada como um local-chave para intervenções de saúde da população que aborda os determinantes sociais da saúde com a intenção de diminuir as iniquidades (WHITE, 2015). No nível de políticas, autores defendem investimentos em processos organizacionais e em prestação de serviços focados na equidade da APS como meio de melhorar a saúde dos pacientes, particularmente para aqueles que vivem em condições de marginalização (FORD-GILBOE *et al.*, 2018).

Evidências na literatura mostram que países que adotam o modelo de APS como base do sistema de saúde desenvolvem ações que se associam positiva e significativamente, com incremento em indicadores sociais, melhora da qualidade de vida da comunidade, elevação das taxas de detecção de doenças crônicas, redução da mortalidade precoce devido às causas preveníveis, diminuição da demanda excessiva no nível de maior densidade tecnológica (MALTA *et al.*, 2016; MORETTI; FEDOSSE, 2016).

No Brasil, a APS cumpre seu papel de política redutora de desigualdade de acesso. Guimarães aponta que a expansão da cobertura é uma categoria analítica importante para apreender as iniquidades em saúde (GUIMARÃES, 2018).

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. A significativa expansão e manutenção da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos 20 anos resultou em ampliação da cobertura e do acesso da população, aumento da oferta de ações, serviços de amplo espectro e produziu efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Todavia, entre os diferentes segmentos da população brasileira persistem desigualdades no que tange ao acesso à saúde e à cobertura da ESF (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Tal como evidencia Barata (2009, p. 53) “o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde

depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas”.

Nesse contexto, ao passo em que se reconhecem os diversos avanços da atenção primária e do SUS com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população, fica o alerta para as atuais ameaças ao SUS decorrentes da definição de teto para gastos em saúde, com congelamento de despesas por vinte anos (apenas reajustadas pela inflação), com elevadas perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios (GIOVANELLA, 2018).

Desta maneira, mesmo reconhecendo as conquistas no acesso à saúde da população mais pobre, as barreiras que atravessam essa realidade podem ser agravadas, pondo em risco os direitos conquistados. Portanto, ao considerar a Atenção Primária à Saúde como modelo de cuidado diferenciado, reitera-se sua relação com a dimensão social, uma vez que já se fazem sentir os impactos do desmonte das políticas sociais na saúde da população (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Ainda que se considere a importância da priorização da expansão da cobertura da ESF às populações mais vulneráveis no enfrentamento das iniquidades sociais, autores fazem a ressalva de que apenas uma maior cobertura não é capaz de responder à totalidade da saúde, necessitando, assim, de outras conquistas, tais como processo de trabalho, insumos, fluxos, acessibilidade, equidade, para se obter mais qualidade sobre a produção do cuidado (MALTA *et al.*, 2016).

Em vista disso, os resultados produzidos na distribuição e na qualidade de bens, recursos e serviços no âmbito da APS, a partir de debates e ações realizadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis no período do estudo serão apresentados de acordo com as seguintes categorias: Recursos físicos e humanos, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, Processo de trabalho e Promoção da Saúde.

4.1.1.1 Recursos físicos e humanos

Além do sistema nacional de saúde com acesso universal, é preciso que exista distribuição adequada de serviços e de equipamentos no território, para que os mesmos possam ser utilizados pelos indivíduos que deles necessitam independentemente das condições socioeconômicas, gênero, etnia e outras particularidades (BARATA, 2009).

O objetivo de assinalar os investimentos em capacidade instalada em saúde para melhor atender aos problemas de saúde da população brasileira nos próximos vinte anos requer uma capacidade do Estado de operacionalização das estratégias de expansão e reorganização do parque tecnológico do setor Saúde. Quaisquer que sejam os projetos de investimento no setor Saúde, em grande parte dos casos estarão implicadas ações tais como construir ou adequar espaços para atender as demandas tecnológicas, demográficas, ou epidemiológicas da população brasileira (SANTOS *et al.*, 2017).

A respeito das edificações e suas instalações o CMS de Florianópolis mostrou-se muito atuante em busca de melhorias, conforme apontam as narrativas:

Várias coisas a gente consegue no conselho, principalmente melhorias e infraestrutura de determinados centro de Saúde, isso ocorreu... (E02)

O posto de saúde do Pantanal hoje ele tá reformado, o conselho participou de todo esse processo da luta. O posto de saúde do Campeche, (...) a gente conseguiu a construção do posto, teve uma briga com a comunidade do Campeche porque eles queriam construir o parque deles ali e a gente queria um pedaço do Parque para construir o posto de saúde... mas foi vitorioso e hoje o posto de saúde do Campeche existe. (E03)

Reforma da unidade é sempre demanda... Isso tem um apelo popular grande. (E04)

Ainda, elementos históricos da mobilização pela construção do posto de saúde do Alto Ribeirão foram apresentados pelos conselheiros de saúde:

Quando entrou a gestão de 2017 na prefeitura, a ideia era fechar o Centro de Saúde do Alto Ribeirão, e uma mobilização do Conselho Municipal, e conselho do Alto Ribeirão, várias reuniões com a comunidade com os vereadores com secretários, também da saúde e tudo mais se conseguiu reverter esse processo e na verdade se conseguiu até mesmo ter um novo Centro de Saúde, construído em outro local maior com mais equipes do que o original. (E01)

...importante que o conselho faça esse registro dessa trajetória, sempre que possível. É preciso uma vigilância assídua para que a construção do posto anunciada pelo Secretário em reuniões do conselho seja alcançada. Ressalta o histórico de luta pela construção do posto de saúde da Trindade que foi uma conquista do Orçamento Participativo, assim como o da Agrônômica. “Sem luta social, luta política, sem ela, não há nenhuma possibilidade de acréscimo de conquista”. (Ata 149, 2018)

Corroborando com tais achados, a notícia veiculada na mídia local notabiliza o papel do conselho nessas conquistas (PREFEITURA... 2017). Conforme relato do secretário de saúde:

“Temos ouvido os conselhos locais de saúde e visitado as unidades e sabemos da necessidade de atender ao pleito dessas comunidades para dar mais conforto e qualidade aos pacientes”.

No que concerne aos recursos humanos, dentre as demandas identificadas no CMS, o déficit no quadro de profissionais de diferentes áreas da saúde também manteve destaque. A

Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem uma base territorial e visa proporcionar saúde nos domicílios dos usuários, aproximando as políticas de saúde das realidades sociais, é executada por equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (LOTTA, 2019). Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal.

A gente está voltando a discutir na perspectiva da falta de Recursos Humanos, Florianópolis hoje vive uma carência muito grande recursos humanos, já era histórico (...) é reclamação de tudo quanto é tipo... é dentista, é auxiliar, é médico, é agente comunitário de saúde, é agente de endemias e tudo mais. (E04)

Os conselheiros preocupados com as constantes solicitações de profissionais, não acomodaram-se diante de tal situação e de acordo com relato o conselho já fez várias lutas:

... queremos construir juntos, por isso pergunto como podemos ajudar para que realmente aconteça a reposição do RH que necessitamos na rede? (Ata 153, 2018)

Como fruto das inquietações supracitadas o secretário anuncia a contratação de profissionais:

...a contratação de cinquenta e dois profissionais foi autorizada pelo prefeito, todos concursados efetivos, principalmente auxiliares de enfermagem, médicos para infectologia. (Ata 155, 2018)

Muito embora o desfecho tenha sido positivo naquele momento com as efetivas contratações de profissionais, a lista de demandas sobre o tema manteve-se recorrente nas reuniões:

Os agentes comunitários é algo que a gente está lutando há bastante tempo, porque é uma situação que está parada em relação a contratação. Então conselho se preocupa muito com isso e a gente ainda não conseguiu chegar a um denominador comum com a secretaria... (E01)

...o que predomina é isso, os agentes comunitários não estão mais no território, estão fazendo papel de agente administrativo e estão recepcionando os pacientes e a relação que a gestão faz equipe-população é população que usa o serviço e não população que reside na área de abrangência. (E04)

Hoje o conselho tá passando por um momento de discussão, porque tem muita gente nova que não entende essa diferença. (...) então é isso que a gente tá vivendo, Florianópolis hoje o grande desafio é isso: falta de RH e mudança de modelo de atenção primária. (E04)

Em síntese, esse tema foi muito debatido no CMS de Florianópolis e tem sido prioridade nos últimos anos, colaborando com o levantamento das demandas no âmbito municipal e formulação de planos de ação.

4.1.1.2 Saúde bucal

As estratégias de ampliação progressiva e direcionamento dos recursos públicos de atenção odontológica, para fins programáticos, podem estar sendo bem-sucedidas quanto à redução das desigualdades em saúde conforme mostram os estudos já realizados (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Ao ressaltar o problema do aumento da desigualdade na experiência de cárie associado à forma como a fluoretação das águas foi e vem sendo implementada, o presente texto pode contribuir para o planejamento dessas iniciativas do setor público. Conquanto seja pouco factível a universalização imediata da medida, deve-se considerar a adoção de estratégias focais, direcionando o benefício preferencialmente para as áreas onde se faça mais necessária, e que contribua de modo efetivo para a redução das desigualdades na distribuição da cárie (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O campo da saúde bucal no município mostra-se muito fragilizado na cobertura de equipes de Saúde Bucal (eSB) e acesso da população aos serviços. O presidente do CMS diz que há disparidade muito grande de acesso entre as unidades, sendo preciso melhorar o acesso em todas as áreas, normatizar a atenção por meio dos protocolos de acesso e o papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) dentro da rede, sugerindo a necessidade uma conferência que estude a fundo a questão do acesso neste setor que é a grande demanda da população (Ata 145, 2017). Outra narrativa também expõe os entraves no setor:

A gente tem uma cobertura muito baixa de saúde bucal, alguns dentistas sem auxiliar de saúde bucal. Então a saúde bucal não tem uma diretriz muito clara, deixa muito solto e a diretriz mais adotada mesmo é aquela da livre demanda, então não tem assegurado mais retorno do tratamento, então muitas unidades de saúde a gente vê que as pessoas para ter acesso, eles têm que ir lá pegar a ficha e fazem um procedimento ou um atendimento, não necessariamente um procedimento, e não é assegurado o retorno, então está um retrocesso um pouco no campo da saúde bucal e isso também tem sido objeto de discussão. (E04)

Além disso, a baixa cobertura, principalmente devido à desigualdade social, afeta o acesso aos filhos dos mais pobres, aos mais necessitados e a quem mais precisa dos serviços. (Ata 192, 2021). Muitas foram as reclamações identificadas no período do estudo durante as reuniões do conselho, através de questionários respondidos pelos Conselhos Locais de Saúde (CLSs) para subsidiar o Plano Municipal de Saúde e também a partir das demandas de moradores exibidas pela mídia (MORADORES... 2019), sobremaneira em relação à falta de dentistas na APS, e de forma menos expressiva em UPA.

...é unânime em relação a carência da demanda da saúde bucal no município, ficou evidente no próprio formulário que foi aplicado pelo conselho com os conselheiros locais de saúde... (Ata 193, 2021)

A saúde bucal foi muito citada nos questionários realizados com os CLS para subsidiar o Plano Municipal de Saúde, e destacou a importância de divulgar o debate e melhorar sempre mais o acesso dos usuários a esse serviço. (Ata 193, 2021)

Nesta perspectiva o conselho conseguiu dar visibilidade para os problemas na área:

Não havia contratação de dentistas e isso estava sendo relegado muito a segundo plano, então diante dessa questão, o conselho criou uma comissão de saúde bucal onde foram discutidos os temas e aí foram tiradas ações e questões que a gente conseguiu colocar no plano Municipal de Saúde. (...)...e já está até sendo contratado profissionais. (E01)

... enquanto conselheiro municipal afirmou que está apreensivo, pois tiveram inúmeras reuniões da Comissão de Saúde Bucal onde foi elencada a defasagem que estão tendo de profissionais de saúde bucal em todo o município, e continuam sem saber quando esses profissionais serão chamados, diferente de como ocorreu na Tapera, onde há um vereador do mesmo partido do prefeito e, talvez por isso, tenham conseguido a contratação dos profissionais. (Ata 188, 2021)

O presidente iniciou sua fala constatando que há pressões políticas e de outros vieses em qualquer lugar - inclusive no Conselho - e que isso não pode ser negado. Afirmou que sabe da demanda de certos profissionais de saúde nas equipes e que pressiona para que sejam contratados, sempre que necessário. Sobre a contratação de equipe de saúde bucal no Centro de Saúde da Tapera, explicou que foi priorizada por conta da área de abrangência do CS e necessidade de urgência de contratação desses profissionais. Falou que deseja conseguir a contratação da quantidade necessária de profissionais para suprir a demanda de todo o município. (Ata 188, 2021)

Baseado nisso, um dos objetivos do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 é aumentar a cobertura de saúde bucal, com as seguintes metas: Alcançar 60% de cobertura de saúde bucal até 2025 (sendo 54% atualmente); Implantar plano de intervenção nos serviços de saúde bucal do município em todos os CS até 2025; e Alcançar 100% de especialidades com tempo de espera inferior a 90 dias nos Centros de Especialidades Odontológicas até 2025.

Autores também apontam a intersetorialidade para que seja possível diminuir as desigualdades de acesso e utilização dos serviços e modificar o perfil de perda dentária, principalmente no que tange à educação, pode ser importante para a melhoria da saúde bucal da população, como complemento às ações preventivas, curativas e de promoção da saúde (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013).

Esta preocupação a respeito da prevenção em saúde bucal nas escolas, sobretudo no período da pandemia, também foi apontada pelos conselheiros tendo em vista a importância da saúde bucal na qualidade de vida (Ata 193, 2021). A coordenadora de Saúde Bucal refere a redução destas atividades preventivas em virtude da baixa cobertura e demanda reprimida, ressaltando, por outro lado, a importância da parceria com as Universidades para execução de tais ações:

...sobre as ações de prevenção, falou que como estão com baixa cobertura, estão todos dentro das unidades de saúde, comentou que tem outras frentes, os auxiliares são de extremas importância nessa função e não estão lá apenas para lavar os instrumentos e tem esse papel de prevenção e a própria parceria com a universidade, com os alunos, residentes outros profissionais da unidade colaboram, no entanto, de fato essas ações ficam reduzidas dentro de Centro de Saúde, pois não tem como liberar os dentistas para saírem da unidade para organizar essa questão, é algo que deve ser pensado futuramente. (Ata 193, 2021)

De acordo com Antunes e Narvai (2010), na impossibilidade de implantar o atendimento público odontológico com amplitude imediata e efetivamente universal no país, foram estabelecidos alvos prioritários para o direcionamento preferencial de recursos, como o tratamento de crianças e gestantes, e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica. O serviço público odontológico também atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. A expansão do serviço público odontológico seguiu a estratégia de focalizar esforços e recursos para esses alvos programáticos. Essa política ainda está em fase de expansão, mas já há indicações favoráveis quanto a seu efeito de redução das desigualdades em saúde bucal, realçando a importância de investimentos no setor (ANTUNES; NARVAI, 2010).

4.1.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

A ampliação do acesso aos serviços de APS por meio da ESF foi acompanhada da identificação de múltiplas necessidades de saúde, em contexto de importantes desigualdades sociais, como na região Nordeste do Brasil (CARVALHO *et al.*, 2019). Com o objetivo de ampliar o escopo de ações da ESF e aumentar sua resolutividade, foram criados, no ano de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), renomeados, em 2017, de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/AB) (BRASIL, 2008, 2017).

Entretanto, a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e do programa Previne Brasil, houve um retrocesso em relação a configuração do processo de implantação do NASF/AB e cadastramento de novas equipes, impactando de forma negativa tanto na cobertura de equipes do NASF quanto no escopo de práticas da APS, ambos relacionados a uma fragilização dos atributos essenciais da APS, sobretudo o acesso, a integralidade e a coordenação do cuidado (ALMEIDA; MEDINA, 2021). Até que, no início do ano de 2020, o financiamento das equipes do NASF/AB pelo governo federal foi suspenso (BRASIL, 2020). A partir de então, a contratação dos profissionais para tais equipes fica à iniciativa dos gestores

municipais, representando grande uma ameaça a continuidade deste modelo de atenção que qualifica o cuidado no âmbito da APS brasileira (BRITO *et al.*, 2022).

O município de Florianópolis manteve este dispositivo, mas em menor quantidade e a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família:

Florianópolis não extinguiu de vez a sua equipe multi porque não manteve na quantidade, no formato que estava antes, mas muito porque eles têm uma residência multi, então eles conseguem manter essa abordagem, essa proposição multi em cima da residência. (E04)

Apesar disso, a rotatividade de profissionais, reforçada pela fragilidade dos vínculos trabalhistas estabelecidos por contratos temporários acabam contribuindo para as dificuldades de continuidade dos tratamentos, além de impedimentos na construção do vínculo entre profissional e usuário, comprometendo a qualidade dos cuidados oferecido (GUIMARÃES, 2017), conforme assinalado nos trechos:

(...) aí passa dois anos, ele vai embora aí essa empatia acaba, aí vem outros dois e então isso é um problema sabe? (E02)

E lembrando que a Residência não serve para tapar buraco muito menos para substituir um especialista (Ata 157, 2018)

Quando a gente tá fazendo essa discussão de RH, quando a gente pede a quantidade de RH por categoria profissional e por lotação e vínculo trabalhista, grande parte dos vínculos da multi são de contratos temporários ou via bolsa, o que nos indica que tem uma fragilidade grande nessa proposta. (E04)

Além dos desafios como a alta rotatividade dos profissionais, outro obstáculo que reacende é a persistência do modelo biomédico, com consultas individuais, fragmentado em especialidades médicas voltadas para soluções pontuais que dificultam as ações na perspectiva da integralidade, com o trabalho intersetorial e multidisciplinar.

O NASF tinha como intuito estabelecer um modelo de atenção capaz de superar a lógica fragmentada do cuidado mediante o conhecimento das necessidades das equipes, no trabalho em conjunto, e ainda facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais complexa e abrangente, evitando encaminhamentos a outros níveis de atenção (GONÇALVES *et al.*, 2015).

No conselho foi sinalizada a perda de um importante apoio para as ações da ESF:

Quando é falado na reestruturação do NASF, nos últimos anos foram feitas as retiradas dos profissionais farmacêuticos do NASF do município e foram incluídos no atendimento somente na policlínica. (...) A perda desses profissionais, dentro do centro de saúde, para a população é muito grande. (Ata 192, 2021)

Outra conselheira também assinala a fragilidade da proposta ao perpetuar a manutenção de ações fragmentadas e especializadas, pautados no modelo biomédico tradicional, ao invés de valorizar uma configuração multiprofissional nos processos de trabalho:

...quando os profissionais fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos têm uma atenção predominantemente clínica, o que significa e o que implica no modelo anterior. NASF é um modelo de integração da equipe da atenção básica com outros profissionais, com objetivo de ampliar e aumentar a resolubilidade do nível da atenção primária e não transformar no modelo anterior dos especialistas que ficam em policlínicas e vão fazer a clínica de referência. (Ata 192, 2021)

O setor técnico da secretaria municipal de saúde esclarece:

Está sendo construído um “caminho do meio”, que não é o modelo anterior (NASF) e também não é o modelo de Atenção Especializada. É um modelo que integra parte do processo anterior e parte de um processo que é mais característico da atenção especializada, que são as agendas reguladas, não sendo uma característica da atenção primária. (Ata 192, 2021)

... as ofertas continuam de uma forma semelhante ou iguais aos processos anteriores que desenvolvem a valorização das atividades coletivas, apoio matricial, visitas domiciliares, discussões e caracterização do processo de trabalho que se mantém de uma forma mais organizada por meio de documentos que estão sendo construídos. (Ata 192, 2021)

Uma preocupação apontada no âmbito do CMS frente a este cenário é a dificuldade de acesso das pessoas que moram em comunidades carentes, indicando a necessidade de elaboração de planos a fim de melhorar o acesso aos serviços prestados. (Ata 179, 2020). Com isso identifica-se o esforço do CMS em manter o debate ativo em defesa da continuidade das equipes multiprofissionais do NASF, haja vista sua relevância no cuidado integral à saúde e na resolutividade das ações para os usuários.

4.1.1.4 Processo de trabalho

Em adição ao adequado provimento de recursos físicos e humanos, os profissionais de saúde precisam estar adequadamente habilitados para garantir a qualidade técnica e humana do atendimento, e os serviços precisam estar organizados para responder às necessidades de saúde (BARATA, 2009). O processo de trabalho em saúde abrange um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Com a Política Nacional da Atenção Básica de 2017, também houve modificação no modelo de financiamento, tendo como um dos componentes da nova proposta o pagamento por capitação ponderada, estimado a partir do número de pessoas cadastradas no centro de saúde,

que tem impulsionado debates e tentativas de inovação dos processos de trabalho da APS em alguns municípios (NORMAN, 2021).

De acordo com Norman (2021), a proposta, também denominada lista de pacientes, confere maior visibilidade da carga de trabalho para a gestão, facilitando o monitoramento da pressão assistencial e a redistribuição interna dos usuários entre as equipes de saúde da APS. Permite também justificar a expansão das equipes de ESF de acordo com dados mais fidedignos da realidade dos serviços e implementar programas de melhoria de qualidade.

Entretanto, a nova forma de cálculo proposta por capitação, considerando pessoas cadastradas ao invés de equipes cadastradas e responsáveis pela atenção a pessoas e grupos sociais em seus territórios, traz ameaças ao modelo de atenção da ESF de base comunitária e familiar, pois não favorece a implantação de ações voltadas para o território e para as populações, essenciais para a promoção da saúde e do controle de agravos e doenças, além da assistência individual (MELO *et al.*, 2019).

Além disso, a exigência, *a priori*, de cadastro e lista de pacientes para a transferência intergovernamental de recursos pode gerar instabilidades para a gestão municipal e fere o princípio da universalidade do SUS. Nesse sentido, a comparação com o financiamento adotado no Reino Unido se mostra inadequada, onde a capitação por lista de pacientes é usada para remunerar os médicos generalistas, mas não para a alocação de recursos para regiões de saúde, que considera critérios combinados de necessidades de saúde e busca de equidade (BOYLE, 2011). Portanto, não é adequado comparar um mecanismo de pagamento de profissionais de saúde com mecanismos para transferências intergovernamentais, especialmente em um país imenso, diverso e federativo como o Brasil (MELO *et al.*, 2019).

Florianópolis, coloca como proposta a alteração do modelo de vínculo populacional com base no território para o modelo de lista de pacientes (NORMAN, 2021), travando uma intensa luta com o CMS que se posicionou contrário à este projeto:

O conselho começou a discutir isso de uma forma contrária porque entende que é importante a questão do território, a questão do cuidado no território e tudo mais, então nós fizemos várias reuniões até compramos alguma briga com o pessoal da atenção primária discutindo isso e após essas reuniões que a gente fez com o conselho e com a gestão, trouxemos os professores da UFSC também para falar sobre o tema e fizemos uma discussão grande, esse processo ficou meio que estacionado. (E01)

O SUS é construído com a força da Reforma Sanitária a partir da perspectiva da saúde coletiva, e ai entendendo a relação saúde/doença construída a partir dos determinantes sociais e ai o território é sim em grande parte a questão geográfica, porque é no território principalmente de moradia em que a cidade se organiza de acordo com a diferença de determinantes sociais, os bairros são diferentes, e as pessoas que vivem neles vivem de formas diferentes. Os determinantes sociais são completamente implicados em onde a pessoa passa a maior parte da sua vida, o seu cotidiano, a sua sociabilidade. (Ata 166, 2019)

Indo ao encontro dos relatos dos participantes do conselho, pesquisadores destacam que a lista de pacientes não é uma comunidade concreta, portanto, a prática de uma clínica ampliada e de ações de saúde comunitária estaria limitada pela desconexão com o território. Ademais, as pessoas não poderiam relacionar a atuação de uma equipe com o território, comprometendo a proposta de modelo territorialização da atenção primária construído em nosso país, além de também limitar controle social (RUIZ; MARTUFÍ, 2019).

A proposta afetaria a vigilância em saúde, neste sentido, as populações mais vulneráveis, que precisam de acompanhamento, perderiam a referência territorial com a equipe, poderiam ficar vinculadas a equipes distantes do seu local de moradia ou não serem vinculados a nenhuma equipe, o que impactaria negativamente nos indicadores de saúde. Dessa maneira, se agravaria a “lei de cuidados inversos” (HARDT, 1971) porque os usuários com maior nível de instrução e melhores articulações e, possivelmente, com menores necessidades teriam maior acesso às equipes, enquanto as populações socialmente desfavorecidas teriam menos acesso aos serviços do que as suas necessidades exigem (STARFIELD, 2011).

A participação do conselho foi importante para o direcionamento das discussões e tomadas de decisão da gestão até o corrente momento, mas torna-se primordial o monitoramento e avaliação deste processo com importante participação do CMS e Conselhos Locais de Saúde (CLS).

... se acaba com toda a estrutura da saúde da família nesse processo... esse debate não teve aceitação pelo conselho, então a gente conseguiu travar, não foi para frente... (...) Não estou dizendo que isso não pode vir mais para frente, mas o conselho consegue travar com questionamento, levando questionamento o tempo todo. (E03)

...na verdade ao mudar esse modelo a gente compromete muito a atenção primária que a gente vai estar ofertando. Isso foi um ganho porque foi um embate muito forte nesse período de 2019, fizemos grupos de trabalho, foi tenso, mas eu entendo que eles recuaram um pouco na velocidade, né... Não conseguimos barrar tudo. Mas o ganho que eu entendo foi da população perceber aquela proposta, acho que isso foi um processo importante. (...) então a gente conseguiu barrar um pouquinho, não implantar em tudo e eles teriam que fazer estudo piloto... (E04)

Tem algumas unidades fazendo, mas não são todas e se conseguiu ali, se pactuou com a secretaria, com a gestão que isso não seria dado um encaminhamento sem que o conselho tivesse participando das discussões e sem que se chegasse a alguma pactuação em relação a isso... (E01)

Como efeito desses debates levantados no conselho, e evidenciando a força exercida por este canal de participação social, o Presidente do CMS informa que a proposta do modelo de lista de pacientes seria retirada do planejamento do ano seguinte e, em contrapartida, mais estudos deveriam ser executados a fim de embasar decisões futuras:

... o problema apontado no relatório sobre a implantação e implementação do sistema de listas em 100% dos Centros de Saúde em 2021, a seu pedido, está sendo retirado da Programação 2021 e no lugar será incluído a realização de mais estudos visando a ampliação do sistema de listas. (Ata 183, 2020)

Com isso, foi identificada a implementação de um estudo piloto em algumas UBSs:

Tem algumas unidades fazendo, mas não são todas e se conseguiu ali, se pactuou com a secretaria, com a gestão que isso não seria dado um encaminhamento sem que o conselho tivesse participando das discussões e sem que se chegasse a alguma pactuação em relação a isso... (E01)

Por conseguinte, as discussões que balizaram os encontros no CMS, culminaram na mudança da decisão da gestão, a partir da argumentação sobre os riscos na alteração do modelo de atenção, entretanto é crucial que o processo de monitoramento das ações seja contínuo e efetivo.

4.1.1.5 Promoção da saúde

Com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010, p.12), é preciso fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde, “visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas”. Referente à este quesito foi possível identificar a preocupação dos conselheiros, a partir do diagnóstico da necessidade de planejamento de ações de promoção de saúde e prevenção, sobretudo, de câncer, DST/AIDS e no campo da saúde bucal:

Hoje a questão do atendimento virou prioridade, protocolo vem nesse sentido de aumentar oferta de assistência, e a promoção está ficando para trás. Conclui que tem que dar mais atenção para a questão da promoção e prevenção, e que estas não podem ser esquecidas. (Ata 154, 2018)

Sobre exames de prevenção ao câncer (...) estamos pecando na parte da prevenção, e depois se coloca a conta na judicialização, onde temos que correr atrás de nossos direitos, medicação. (Ata 154, 2018)

Sobre a prevenção da saúde bucal nas escolas, como será trabalhado essa demanda nas escolas diante da pandemia... (Ata 193, 2021)

O presidente aponta a transformação da escola num espaço de prevenção articulado à atenção primária de saúde do município, para melhorar a atenção a saúde, (Ata 153, 2018). Ainda, o mesmo, informa que na Semana do Meio Ambiente, o Prefeito assinaria o projeto de lei construído dentro do conselho e também pela área de promoção à saúde, projeto este que trabalha na autorização de espaços na cidade para criação de hortas comunitárias:

A ideia é trabalhar neste espaço não só com produtos orgânicos, mas com outros elementos necessários para termos uma cidade saudável. (Ata 140, 2017)

Em consonância com os referidos trechos, a Política Municipal de Agroecologia e Produção Orgânica de Florianópolis (PMAPO) tem como um de seus objetivos, fomentar a implantação de um programa municipal de produção e uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito dos serviços de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2018c). Posteriormente, o Programa de Agricultura Urbana do Município de Florianópolis também contempla como uma de suas prioridades o cultivo de hortas urbanas em diversos espaços, dentre eles, escolas e centros de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2020a).

Arelado a isso, apresenta-se a capacitação com intensa participação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, visando principalmente implementar o tipo de plantas medicinais.

É um projeto pioneiro na área, sendo que até então eram feitas capacitações na área de Fitoterapia para profissionais de assistência farmacêutica, e outros de nível superior. E este tem um pilar importante, que é o cultivo das plantas, a partir do momento que se necessita delas. E a primeira necessidade básica seria a planta in natura, que nos dias atuais está sendo bem cogitado em função da sustentabilidade que traz, além da autonomia pra Rede. (Ata 140, 2017)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC, sistematizou a incorporação das plantas medicinais e da fitoterapia nos serviços e nas práticas de saúde, proposta calcada em valores como a inclusão social, a redução das desigualdades sociais e a participação popular (BRASIL, 2006).

Em adição, nas ações de promoção de saúde, a câmara técnica do CMS registrou como recomendação para o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, incluir as ações intersetoriais e promover a sustentabilidade das mesmas (Ata 146, 2017). Com isso, o plano mencionado, incorporou a meta, que foi alcançada, de reestruturar o setor de Promoção da Saúde, contendo como indicadores a Participação na Rede Vida no Trânsito, Rede de Agricultura Urbana e Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de violência Sexual.

4.1.2 Continuidade do cuidado - Atenção Secundária e Terciária

Associado aos inúmeros desafios na consolidação da Atenção Básica no Brasil, ainda são necessários avanços em outros aspectos relativos à melhoria da gestão, integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, qualidade da

atenção, dentre outros, o que é essencial para a garantia do atendimento equânime e integral (MALTA *et al.*, 2016).

A articulação com os demais pontos da rede de atenção visa superar a fragmentação do sistema de saúde, bem como garantir a continuidade do cuidado. O segundo componente das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção secundários e terciários, os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. O terceiro componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010).

Neste tópico surgiram 3 categorias que serão abordadas na sequência: Fila de espera, Terceirização das UPAs e Saúde Mental.

4.1.2.1 Fila de espera

A fila de espera para especialistas e exames tem sido apontada como um dos entraves para o alcance da integralidade e é uma demanda recorrente nas reuniões do CMS, refletindo também em formulários eletrônicos respondidos pelos CLSs, tal como ocorreu no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025. O Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de complementar a análise da situação de saúde do município sob a perspectiva do controle social, construiu um instrumento específico para avaliação de algumas dimensões relacionadas sobretudo à estrutura física, insumos, equipamentos e recursos humanos; suficiência de serviços na APS e demais pontos de atenção da rede; e percepção da qualidade do atendimento ao cidadão. De acordo com o exposto no Plano Municipal, o instrumento disponibilizado por meio de formulário eletrônico foi amplamente divulgado para os Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Florianópolis. Sendo que dos 49 Centros de Saúde do município, 41 possuem CLS ativo e em funcionamento. Destes, 40 responderam ao formulário enviado.

O conselho por iniciativa própria fez consulta aos conselhos locais de saúde via Google Forms para que os conselhos locais de saúde dissessem quais são as prioridades de cada lugar e veio muito a questão de falta de vagas para as especialidades. Então foi unânime, duas reclamações, a questão dos medicamentos, principalmente medicamentos especiais...a dificuldade de acesso, a descontinuidade de medicamentos nas unidades de saúde também e a questão das especialidades. (E04)

Agora a gente tá recebendo várias demandas em relação ao tempo de espera dos exames, em relação a qualidade dos exames (E01)

A proposta com a fila de espera é que chame a atenção da sociedade civil e ocupe os vereadores quanto a aprovação de um orçamento que vai deixar que a população continue esperando um tempo significativo para consulta, exames e afins. Portanto, se o conselho se encaminhar dessa maneira é possível organizar com a comissão de saúde para que se dê o conhecimento das filas de espera aos vereadores. (Ata 144,2017)

Em decorrência desta demanda, o Plano de Saúde 2022-2025, expõe como diretriz “Garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção primária e especializada, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS”, para tanto coloca como metas: Publicar 12 novos protocolos em especialidades definidas até 2025; alcançar 70% de especialidades, exames e procedimentos com tempo de espera inferior a 90 dias até 2025; e alcançar 100% de especialidades com tempo de espera inferior a 90 dias nos Centros de Especialidades Odontológicas até 2025.

As metas fixadas no âmbito das especialidades médicas e odontológicas neste instrumento de gestão vão ao encontro de proposições destacadas na literatura para o enfrentamento deste problema que é tão complexo, e apontam a necessidade de ações articuladas, tanto no âmbito da política de saúde, quanto da organização dos serviços, bem como a (re)organização do processo de trabalho em todos os níveis do sistema de saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Além disso, ao revelar que a falta de acesso e o maior tempo na fila de espera foram mais frequentes entre os mais pobres, indicando iniquidades potencialmente evitáveis, autores propõe como caminho uma atenção primária à saúde mais efetiva com o provimento de recursos humanos no setor e mudanças na organização da oferta e do processo de trabalho das equipes a fim de que esses serviços estejam mais aptos a ordenar a rede de atenção e coordenar o cuidado da população no sistema de saúde (NUNES *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que a resolutividade da AB está associada a outros fatores, conforme relatado na seção anterior, tais como questões relacionadas à estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais que, por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados. É importante considerar, ainda, o protagonismo dos usuários que, sob influência do modelo médico-hegemônico, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Por esse ângulo, no ano de 2019, o presidente do conselho destacou a competência em atenção primária no município graças aos profissionais que trabalham na área, repercutindo nos serviços especializados:

...hoje se mantivermos o percentual da Secretaria que é a melhor do País, 9% das pessoas que foram atendidas hoje foram encaminhadas para consultas especializadas, esse é o nosso padrão. (Ata 163, 2019)

Para além da participação do CMS durante a etapa identificação das demandas e elaboração das proposições que visam a organização e a gestão dos serviços nas especialidades, resultando em diretrizes, metas e protocolos propostos, é fundamental a atuação dos conselheiros em relação ao acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações previstas, sobretudo, quanto ao cumprimento do plano de saúde, à execução das políticas públicas e de seus resultados.

4.1.2.2 Terceirização Unidades de Pronto Atendimento - UPAS

Outro fator que surgiu durante a pesquisa foi a implantação das Organizações Sociais (OS), que se tornou forte realidade na saúde pública nos últimos anos. Amarante (2020) ao enfatizar a importância do projeto político, democrático, participativo proposto com o advento do SUS e da Reforma Psiquiátrica, também relata que um dos problemas que surgiram foi a priorização de terceirização tanto da gestão de serviços equipamentos e dispositivos, quanto da terceirização e consequentemente precarização da mão de obra no campo da saúde.

Druck (2016) também aponta que a terceirização do serviço público no Brasil é um dos mecanismos mais eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, que ocorre mediante formas diversas de precarização do trabalho, pois a terceirização é o meio principal que as forças políticas neoliberais encontraram para atacar os trabalhadores que constituem o funcionalismo público.

No estado do Rio de Janeiro, a expansão acelerada nas UPAs revelou limites na gestão do trabalho em saúde, expressas nas formas de contratação, fixação e no perfil dos profissionais nesses serviços. Em relação a contratação de profissionais por meio de OS, foi possível a rápida abertura de unidades e flexibilidade na gestão do trabalho, porém, a terceirização não foi capaz de resolver problemas de recrutamento e fixação, destacando-se nessas unidades a presença de profissionais jovens com limitada experiência em urgências e a rotatividade de médicos em áreas de vulnerabilidade social. Apesar da predominância de vínculos pela Consolidação das Leis do Trabalho- CLT, a instabilidade da inserção laboral associada à contratação por terceiros e a fragilização de carreiras públicas constituem desestímulos à permanência dos profissionais nas UPA, reforçando-as como postos de trabalho temporários (MACHADO *et al.*, 2016).

No município de Florianópolis o projeto de Lei nº 17484/18 de autoria da Prefeitura Municipal, que institui o programa de Creches e Saúde de Florianópolis, merece destaque pelo

amplo movimento instaurado na cidade contra a implantação das OSs para gerir os serviços públicos conforme autoriza tal legislação (FLORIANÓPOLIS, 2018a). Todavia, mesmo com a intensa mobilização e diálogo travado com a sociedade, a Lei 10.372/2018 foi aprovada, a despeito de posição contrária do Conselho Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2018b):

Mesmo com a sugestão desse Conselho, do Ministério Público Estadual, e Procurador da Câmara, de retirada desse projeto, ele ainda foi mantido... (...) propõe a aprovação de uma resolução contra esse projeto de lei, pela imediata revogação por que ele é ilegal, pois não passou pelo Conselho Municipal de Florianópolis, e procurar o Ministério Público Estadual para entrarmos com uma Ação Judicial, para questionarmos a tramitação na Câmara, e o caráter ilegal da lei por não ter passado pelo controle social. (Ata 151, 2018)

Na perspectiva dos conselheiros, a proposta da gestão municipal em contratar OS para a gestão das UPAs oferece como desvantagens a precarização do trabalho afetando, por conseguinte a qualidade dos serviços prestados:

A intenção de transferir as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) para as Organizações Sociais (OSs) como vem sendo noticiado pela imprensa é muito grave, pois já se sabe, que onde elas assumiram, como no Hospital Florianópolis e no SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, houve piora de serviços e na atenção à saúde da população, advertindo que os vínculos empregatícios poderão ser precarizados pela contratação de funcionários como pessoa jurídica. (Ata 148,2018)

Em que momento que este Conselho vai apreciar a aprovação ou não da passagem dessa gestão da UPA Continente para a OS? Tem todo um trabalho da equipe, mas estão empurrando goela abaixo uma coisa que o povo não quer, mais uma vez está sendo antidemocrático nesses espaços, e está sendo aprovado uma coisa que o povo não quer e o pior, está sendo investido num projeto hospitalocêntrico, curativista de emergência enquanto a atenção básica está desmontada... (Ata 157, 2018)

Por outro lado, visões distintas evidenciadas, por parte de gestores municipais, enfatizam que a forma como esse processo vem se dando está mais relacionada à vontade política em priorizar tal modelo, em detrimento do modelo tradicional da administração pública (PACHECO *et al.*, 2016). O presidente do CMS, secretário de saúde, expõe que:

A Secretaria de Saúde não abre mão da sua característica pública, do seu processo de gestão público e que decidiram por dificuldades operacionais o processo de gestão de contrato que por nós será elaborado com uma organização social sem fins lucrativos. Esse contrato será permanentemente auditado pelo conselho e encaminhado aos tribunais de conta e aos órgãos de controle do Estado, um documento público aberto a questionamentos de toda ordem. (Ata 151, 2018)

A lei não prevê que o Conselho Municipal de Saúde aprove ou não aprove, a lei prevê que o Conselho aprecie o contrato e possa explicitar suas preocupações como está sendo feito agora, explicitar as preocupações em Ata. (Ata 157, 2018)

A resistência do conselho se mostrou através de manifestações nas ruas da cidade, debates, mobilização com profissionais da saúde, cartas abertas, ofícios e notícias nas mídias formais (SERVIDORES...2018, MANIFESTO...2018), todavia não foi possível barrar a proposta do governo municipal:

A gente fez muitas mobilizações que também não deram resultado, mas que a gente conseguiu mobilizar, por exemplo em 2016, quando a gente teve um governo o prefeito César Souza, ele fez a retenção de recursos. Então foi um recurso muito alto que foi tirado da saúde... Aquele contingenciamento (...) e nós conseguimos nesse período fazer uma reunião mensal com prefeito (...) onde a gente como conselho conversava com ele sobre as demandas e fizemos mobilizações na rua, fechamos aquela rua, tenente Silveira, com caminhão de som, conseguimos fazer inclusive uma paralisação ali com 300 pessoas. Os Profissionais de Saúde junto... foi uma atuação muito grande do Conselho. A gente conseguiu dar visibilidade para esse problema. (...) Então a gente naquele momento conseguiu pautas no Bom Dia Santa Catarina... Tivemos também na rádio na CNN. A gente conseguiu chegar na mídia, formal, que era algo que muito complicado para a gente, geralmente a mídia não compra as nossas pautas, a gente fica nas mídias alternativas (...) A gente romper essa bolha e chegar na mídia formal que foi algo bem interessante... (E01)

Druck (2016) reforça que sem essa resistência a maioria da sociedade, constituída pelos segmentos mais pobres, já estaria totalmente destituída de direitos sociais fundamentais, como saúde e educação.

Além disso, os conselheiros realçam que as propostas elencadas nas Conferências de Saúde em âmbito Municipal também devem balizar as decisões e o rumo tomado pelo Conselho, norteado por um compromisso com o Controle Social (Ata 151, 2018).

Nesse sentido destaca-se a proposta nº 28 do relatório da 9ª Conferência Municipal de Saúde realizada no ano de 2015: “Coibir práticas de terceirização e/ou privatização (como OS - Organização Social -, OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público -, empresa pública de direito privado, fundações privadas e parcerias público-privadas), garantindo um SUS 100% público e gerenciado pelas Secretarias de Saúde.” Ainda, na conferência posterior, no ano de 2019 a proposta nº 13 reforça o tema: “Revogar a Lei 10.372/2018 que admite a contratação de Organizações Sociais na gestão de serviços de saúde em Florianópolis, aprovada pela Câmara de Vereadores em 21/04/2018 em dia de feriado nacional, fora do horário habitual, contrariando a proposta 25 aprovada na 9ª Conferência Municipal de Saúde e sem discussão previa pelo Conselho Municipal de Saúde e população. Restituir imediatamente todos os serviços públicos municipais que foram terceirizados por consequência desta lei, respeitando os princípios constitucionais do SUS”.

Para além dos pontos elencados nas conferências, a falta de reconhecimento político do conselho de saúde por parte da gestão e a ausência de discussão sobre tal projeto no espaço do

conselho antes de encaminhar para a câmara de vereadores, coloca em xeque o papel destas instâncias e impulsiona o debate entre os conselheiros:

A Constituição brasileira foi rasgada porque o presidente não convocou o conselho para discutir. O projeto foi dia 06 de abril para a Câmara e não tivemos nenhum convite para discussão e por lei deveríamos discutir antes de passar na Câmara. Tivemos uma reunião com o Presidente dia 03 de abril e não foi comentado nada conosco. O que está acontecendo é um golpe no controle social. Vamos radicalizar a democracia. Porque não foi discutido aqui? (Ata 151, 2018)

O papel do conselho não é fiscalizar e referendar, é discutir os rumos da política pública, o cerne do problema é o não diálogo, não adianta colocar agora a OSs e dizer que agora vai ser transparente. (Ata 151, 2018)

Reforçando tais colocações, um vereador também se manifesta em reunião do CMS:

Desta vez quer lamentar, pelo Secretário e Presidente do Conselho por estar indo na contramão de tudo que estava construindo até hoje em termo de democracia participativa, qualquer programa ou plano tem que passar pelo controle população desde sua concepção até implantação... essa medida foi um golpe e um atropelo, pois todos os conselhos deveriam ser consultados e não foram, lembra ainda que um projeto de lei urgente demora 45 dias para ser aprovado e assim foi dado o caráter para esse projeto de lei de urgentíssimo... Afirma que a esperança agora é a justiça, diz que será votada a redação no Conselho de Justiça, irá para plenária e depois para a sessão presidencial, a partir daí os vereadores entraram com um processo na justiça. (Ata 151, 2018)

Em consequência a estes fatos, a resolução 015/CMS/2018, oficializa o posicionamento do Conselho Municipal de Saúde de não apreciar e emitir parecer da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, referente ao 1º quadrimestre de 2018 no Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis:

Considerando a deliberação dada pela resolução nº. 05/CMS/2018, em que suspende apreciação do relatório anual de gestão e a prestação de contas até que sejam apresentados os estudos sobre as Organizações Sociais na Saúde de Florianópolis. Considerando que a apresentação do estudo sobre o Projeto Creche e Saúde já elaborado pelo Executivo Municipal somente foi apresentado ao Pleno do Conselho após sua aprovação pela Câmara de Vereadores em 21 de abril de 2018, desconsiderando o papel do Conselho Municipal de Saúde dentro do Sistema Único de Saúde... (Resolução 015/CMS/2018)

Pacheco *et al.* (2016), apontam a necessidade de se fortalecerem as instâncias colegiadas, aprimorando o controle social, como, também, os mecanismos de diálogo entre os gestores estaduais e municipais, pois, no caso específico das OSs, a introdução desse novo arranjo resulta em implicações políticas e econômicas para o Estado, sendo relevante que essa discussão envolva todos os atores que fazem parte da governança do SUS. O modelo carece de uma sofisticada capacidade de regular a ação de novos agentes econômicos, com inúmeras possibilidades e reforço à assimetria de informação e potencial descontrole de processos (PACHECO *et al.*, 2016).

4.1.2.3 Saúde mental

A saúde mental está no cerne do debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde uma vez que os transtornos mentais em geral apresentam atualmente uma das maiores cargas de morbidade, impactando de forma significativa o cotidiano dos indivíduos e familiares, culminando em dificuldades sociais e econômicas na sociedade como um todo (DIMENSTEIN *et al.*, 2017).

Quando se analisam as causas estruturais das doenças mentais, na perspectiva de classe e gênero, percebem-se relações de subordinação e domínio, estabelecidas entre esses recortes sociais, que se expressam, sob a forma de sofrimento mental, de modo diferenciado entre esses grupos. Nessas relações estão imbricadas questões relativas a poder, privilégio e equidade (LUDERMIR, 2008). Além disso, há uma relação desproporcional entre quem está em sofrimento mental e quem recebe cuidados e tratamento (OMS, 2009).

Historicamente, os serviços de saúde mental conformaram-se como um serviço focado nos segmentos de baixa renda, para os pobres, tendo que se pluralizar e se conformar como um serviço pluriclassista, pela própria perspectiva imposta por sua universalização, e reconhecimento da cidadania plena dos brasileiros, a partir da Constituição de 1988. Mas observa-se a escassa cultura cívico-solidária para fortalecer os serviços públicos de saúde, ganhando proeminência a lógica do mercado como o principal contorno nas relações assistenciais cotidianas, havendo necessidade de maior politização do dia a dia, o que pode ser facilitado pela maior criticidade envolvendo as relações sociais (ROSA; CAMPOS, 2013).

Um ponto de atenção do componente Atenção Psicossocial Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos serviços de saúde que deve ter o trabalho constituído por uma equipe multiprofissional e atuar sob a ótica interdisciplinar.

O município de Florianópolis conta com quatro Centros de Atenção Psicossocial (um CAPS infantil, um CAPS adulto -CAPS tipo II- e dois CAPS álcool e drogas -CAPSad), e com o intuito de fortalecer a rede de saúde mental, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais, o Plano Municipal de Saúde expõe como meta implantar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Norte até 2025, resultado de trabalho e esforço do CMS:

Em relação à saúde mental a gente está brigando por um CAPS no norte da ilha que é algo que já vem da conferência e que a gente conseguiu colocar no plano Municipal de Saúde (E01)

Reforçou a insuficiência da rede e necessidade de uma estruturação adequada à realidade e quantidade de usuários que necessitam do serviço. (Ata 194, 2021)

Ainda, haviam reivindicações de conselheiros com relação à alimentação e ao passe de ônibus, tendo em vista que o transporte de ida e volta de cada usuário para a terapia deve ser subsidiado pela prefeitura. Os relatos a seguir exemplificam a definição citada:

...desde 17/01/2017 não possui mais alimentação para os usuários, sendo que as atividades acontecem durante todo o dia e eles ficam sem comer. Segundo a conselheira esse problema afeta diretamente no tratamento dos usuários da saúde mental, e que tem havido abandono dos tratamentos terapêuticos por falta de estrutura e condição. (...) Informa sobre uma denúncia feita pelos usuários da Associação junto ao Ministério Público de Santa Catarina, que respondeu acionando a Secretaria Municipal da Saúde para que haja uma atenção urgente e providências para esse problema... Outros assuntos tratados na reunião foram as reformas feitas nos leitos psiquiátricos dos hospitais, a questão da mudança nas regras de oferta de passes para terapia e a revogação do projeto de lei que limita o acesso dos usuários de saúde mental por não entender que eles não tenham uma deficiência permanente, e sobre a fiscalização das comunidades terapêuticas. (Ata 144, 2017)

...alguns dos usuários do CAPS Ponta do Coral vieram à reunião para expor a situação do CAPS, que vem se prolongando desde o ano passado com a aprovação da Lei 2.605 que excluiu vários direitos que antes eram garantidos, entre eles alguns da área da Saúde Mental. Entre os direitos atingidos pela lei está o direito ao passe de ônibus. O passe do ônibus permite que os usuários acessem as instituições e assim possibilitam o acesso ao tratamento. (Ata 154, 2018)

Na perspectiva dos profissionais, os segmentos de baixa renda demandam uma atenção integral, trazendo junto com a demanda por assistência em saúde mental as determinadas pela questão social, preponderando aquelas relacionadas à acessibilidade ao serviço (transporte, passe livre/vale transporte), bem como outras inerentes às condições básicas de sobrevivência, tais como comida, acesso a Benefício de Prestação Continuada, e as ligadas à sua imagem social deteriorada, relacionadas ao preconceito (ROSA; CAMPOS, 2013).

O CMS contribuiu para reforçar a luta constante do movimento pela garantia do vale transporte, através de muito diálogo, documentos produzidos, e reuniões.

... este conselho quando foi aprovada a Lei 2.605 encaminhou à Câmara de Vereadores um documento que contribuiu nessa luta, de modo que da mesma forma poderia ser encaminhado nesse momento pelo conselho documento ao Setuf pedindo a concretização do acordo feito, no sentido de contribuir com o movimento, podendo ser esse documento encaminhado também ao prefeito, a Secretaria de Transporte, ao presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores, reiterando o antigo pedido. (Ata 154, 2018)

Afirma que quando foi feita a primeira reunião com o Procurador Dr. Daniel Paladino, ele determinou que o passe fosse retomado, no entanto devido ao não cumprimento ele sugeriu a construção de um novo projeto de lei para criação de um cartão saúde mental. Esse projeto já foi aprovado pela Câmara dos Vereadores, depois de muitas visitas e conversas para explicar a situação, porém demora três meses para que o cartão esteja pronto. (Ata 154, 2018)

Ademais, uma conselheira compartilha sua inquietação sobre a preparação das famílias para a inclusão sociofamiliar dos doentes mentais.

o que se tem de dispositivos para os familiares das pessoas com deficiência intelectuais, pois se não há apoio para a rede de familiares, e nem a divulgação de informações sobre as consequências da vivência nos ‘manicômios’ é quase certo que esses acreditem que a única fuga seja essa.” (Ata 167, 2019)

Alicerçado nessa fala, o presidente do CMS realça a necessidade de elaboração de planos intersetoriais.

Segundo o Secretário a preocupação e provocação da fala anterior é muito importante para que se possa começar a pensar sobre a ligação da Saúde e Assistência Social e pensar em novos modelos”. (Ata 167, 2019)

Em consonância, a literatura descreve como necessária a articulação de ações de cunho intersetorial e adoção de uma perspectiva de transversalidade nas políticas com vistas a um modelo participativo que envolva também a sociedade civil. Ainda, a intersetorialidade das políticas é indispensável neste momento de agravamento da questão social, pelo desemprego, pelo crescimento da desigualdade e da pobreza (WANDERLEY; MARTINELLI; PAZ, 2020).

4.1.3 Grupos minoritários

As desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Estas desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte (BARRETO, 2017).

É importante compreender que grande parte destas desigualdades são consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça, e portanto chamadas de iniquidades. Esse entendimento reflete como são traduzidas as desigualdades existentes e as diferenças em justas ou injustas, entre os diversos grupos sociais de uma dada sociedade. No momento em que desigualdades transformam-se em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes (BARRETO, 2017).

A fim de analisar o impacto dos fatores que influenciam a saúde e, ao mesmo tempo, propor ações para melhorar as desigualdades nessa área, a OPAS criou a Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas (2019), que demonstrou em relatório que grande parte da precariedade da saúde é socialmente determinada. Fatores como a posição socioeconômica, a etnia, o gênero, a orientação sexual, a condição de deficiência, a situação de migrante — individualmente ou em combinação — podem contribuir para desigualdades acentuadas na saúde ao longo da vida. A análise também revela que outros fatores estruturais, como a mudança climática, as ameaças ambientais e a relação da pessoa com a terra, bem como o impacto contínuo do colonialismo e do racismo, também estão retardando os avanços rumo a uma vida digna e ao gozo dos mais altos padrões de saúde que possam ser alcançados.

No Brasil, para combater as iniquidades no campo da saúde coletiva, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde formam um conjunto de programas e ações de saúde, no âmbito do SUS, a fim de promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, bem como auxiliar a superar o maior desafio do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2021).

As políticas supracitadas, no Brasil, são resultado de processos simultâneos: por um lado, o desenvolvimento dos movimentos sociais nos últimos cinquenta anos, e a consolidação do processo democrático que se seguiu ao fim dos governos militares. Por outro, o esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

As estratégias voltadas para grupos específicos também podem complementar os determinantes da estratégia de saúde, quando se tenta melhorar as possibilidades de sobreviver e viver uma vida saudável entre grupos muito marginalizados, sendo que estes diferem de país para país. Para melhorar as suas possibilidades de regressar a uma vida mais saudável, há necessidade de estratégias direcionadas para tais grupos, em que são realizadas uma série de ações preventivas e curativas na habitação, tratamento médico e apoio social, para além de um melhor acesso a serviços de boa qualidade para cuidados de saúde e a longo prazo, serviços sociais e educação (ZIGLIO *et al.*, 2003).

No âmbito da saúde, para que as políticas públicas voltadas à promoção da equidade se consolidem, é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Ampliar a participação social e a representatividade para os diferentes grupos, ideias e interesses sociais nos conselhos de saúde são fundamentais, visto que podem auxiliar a melhorar o acesso e a qualidade do cuidado prestado às populações vulneráveis através da identificação das necessidades e formulação de políticas para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Abordaremos as seguintes categorias que surgiram no estudo, com base nas políticas de promoção de equidade em saúde, a saber: População em Situação de Rua, População Negra e População do Campo e da Floresta, e População LGBT.

4.1.3.1 População em Situação de Rua

As estimativas do número total de pessoas em situação de rua no Brasil é de aproximadamente 221.869 de acordo com IPEA, em março de 2020. Observou-se um aumento expressivo (140%) da população em situação de rua (PSR) ao longo do período analisado, de setembro de 2012 a março de 2020, em todas as Grandes Regiões e em municípios de todos os portes. Por sua vez, o crescimento mais intenso nos grandes municípios sugere que a crise econômica e em particular o aumento do desemprego e da pobreza sejam fatores importantes para a explicação do ocorrido (NATALINO, 2020).

A população em situação de rua apresenta condições sociais e de saúde bastante precárias, inclusive no que concerne ao acesso aos direitos sociais básicos e constitucionais (ABREU; OLIVEIRA, 2017).

As pessoas em situação de rua vivenciam uma ampla variedade de necessidades de saúde, médicas e comportamentais, de saúde mental, transtorno por uso de substâncias e bem-estar geral (THORNDIKE *et al.*, 2022). Contudo, esta população muitas vezes é marginalizada e conhecida por enfrentar barreiras no acesso a serviços de saúde aceitáveis e respeitosos (PURKEY; MACKENZIE, 2019).

Um conselheiro relata que este é um tema muito presente no CMS e a articulação com a população em situação de rua e vulnerabilidade social é constante em busca de melhorias:

...nós tínhamos a articulação com a população em situação de rua [...] acho que a gente não chegou a fazer a conferência da população em situação de rua, mas diálogo direto com a população de situação de rua, muito, muito. (E03)

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída em 2009 para assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos órgãos do Governo Federal (BRASIL, 2009). Esta política trouxe inovações em relação ao atendimento às populações vulneráveis, sendo uma delas a constituição das equipes de Consultório na Rua (eCR), que visam o atendimento integral a pessoas em situação de rua. Assim, as eCR são equipes de atenção básica que atuam na ampliação e na garantia do acesso da população em situação de rua aos serviços da rede de atenção à saúde.

Florianópolis conta com um Consultório na Rua, que busca ampliar o acesso da população em situação de rua ao SUS e ofertar atenção integral à saúde por meio das equipes e serviços da atenção básica, sendo que a equipe está lotada no Centro de Saúde Prainha, no centro da cidade, mas um desafio apontado no âmbito do CMS foi o transporte inadequado que impulsionou os debates, haja vista que um veículo adaptado é essencial para que as equipes possam prestar assistência itinerante a essas pessoas:

Olha a maior dificuldade...[...] nós tivemos um problema da disponibilidade do carro, aquela coisinha que a gente tem que discutir, brigar para ter continuidade. (E02)

Além da necessidade do transporte adequado, algumas falas indicam a necessidade de elaboração de planos sobre o tema. Um deles é sobre o desejo de ampliar os serviços prestados pelo consultório de rua, bem como os serviços de saúde mental, conforme os relatos dos conselheiros:

Questiona o horário do Consultório de Rua e enfatiza a ampliação. Destaca a importância do carro estar equipado e defende um grupo para debater a saúde mental, seus avanços e retrocessos. (Ata 140, 2017)

Pede atenção para a população de rua e aos programas de redução de danos e propõe em caráter de urgência a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental no Conselho. (Ata 140, 2017)

As proposições do CMS estão articuladas à Proposta 4, da Conferência Municipal de Saúde de 2019, que visa “Garantir atendimento para pessoas em vulnerabilidade e fragilidade (ex. pessoas em situação de rua), mediante a estruturação e ampliação de Equipes de Consultório na Rua e capacitação de toda a rede de saúde para o acolhimento e atendimento dessa população e suas diversidades”.

Identifica-se ainda a preocupação dos conselheiros em propor planos de expansão das ações desenvolvidas na rua, especialmente na Passarela Nego Quirido, tendo em vista a necessidade de estratégias em saúde pautadas na interseccionalidade existente entre a vulnerabilidade socioeconômica com agravos específicos, como as doenças infectocontagiosas, conforme o enunciado seguinte:

...propôs que a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) tentasse fazer ações com a Prefeitura na Passarela Nego Quirido, já que atualmente tem mais de 300 pessoas que são atendidas lá e tem muitos casos de pessoas com tuberculose, AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), etc. Por esse motivo acredita que a SMS precisa ampliar suas ações nessa área e que é necessária essa atenção para que possam ter uma qualidade maior no atendimento. (Ata 178, 2020)

Estudo realizado com pessoas em situação de rua, que vivem em município do interior paulista, identificou que a maioria dos participantes relatara o não acompanhamento em serviços de saúde e que a procura ocorre apenas em casos de extrema necessidade, buscando nos serviços o atendimento para suas demandas, alívio e manejo da dor (PRADO *et al.*, 2021).

Nesse âmbito, a eCR, como uma equipe de Saúde da Família para populações e territórios dinâmicos e vulneráveis, é potente em promover acesso, construir vínculo, prover um cuidado integral na perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada. Entretanto, há desafios, como a formação e a composição multiprofissional, o suporte logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas e a fragilidade das Redes (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016). Nesta perspectiva, identificou-se outra preocupação em reunião do CMS, atrelada ao estigma das pessoas em situação de rua, que consiste em uma barreira significativa:

“Estamos gerando estigmas e isso é um dos complicadores. É um dos pontos da negação na hora de ocupar vagas em redes de hotel em Florianópolis. Outro ponto sobre o consultório de rua é justamente essa questão do cuidado à saúde antes de ingressar no serviço. Acredito que também há estigmas (...) devemos sim fazer em qualquer comunidade em situação de vulnerabilidade, seja econômica ou social, mas principalmente na Passarela da Cidadania que foi o espaço criado pela prefeitura. (Ata 178, 2020)

O risco de estigmatização reforçada deve ser sempre avaliado em estratégias que incidam sobre subgrupos da população. A estigmatização pode ser reduzida se esforços especiais para atingir um grupo-alvo específico forem realizados no âmbito de estratégias gerais para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades sociais na saúde. Devem também ser feitos esforços especiais para aumentar o acesso aos serviços sociais e de saúde de rotina (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Incorporar seus valores e preferências são alguns fatores necessários para criar programas e intervenções adequados e eficazes com maiores chances de sucesso no atendimento a essa população e na redução das iniquidades em saúde. Os fatores-chave a serem considerados no desenvolvimento de novos programas incluem as influências comportamentais e estruturais que ditam a aquisição e adesão ao serviço. Cuidados primários e intervenções de saúde pública devem ser desenvolvidos e implementados com atenção especial aos fatores relevantes para as transições nos cuidados, como confiança, segurança pessoal e continuidade dos cuidados. Estabelecer uma relação de confiança no primeiro contato com prestadores de serviços e profissionais de atenção primária é a base para resultados positivos (MAGWOOD *et al.*, 2019).

Nesse contexto, os conselheiros reconhecem a importância do acolhimento a essa população compreendendo suas necessidades de cuidado, e também abordam nas suas discussões a questão da violência a que estão expostas estas pessoas:

Sobre o acolhimento das pessoas por sexo e gênero a princípio temos informações que a Passarela tem espaço separado para mulheres, homens e mulheres trans em geral ficam juntas com as mulheres, tem essa possibilidade, mas a gente sabe que como o número de pessoas é muito grande nem sempre é possível ter um controle de como está acontecendo essa separação e se estão protegidas nessas questões de violência. (Ata 178, 2020)

A outra questão que me chama atenção é como fica a questão de gênero, o trato com o homem, o trato com a mulher e o trato com a população LGBT, como fica esse tipo de abordagem? Isso geralmente acaba gerando, ainda mais em um espaço com muitas pessoas, violência e violência sexual que eu já soube que aconteceu. (Ata 178, 2020)

Sugeri que o Conselho tirasse uma nota, mostrando a preocupação sobre a importância do tratamento humanizado das pessoas em situação de rua. (Ata 178, 2020)

Em consonância com estes relatos, um estudo realizado com adultos em situação de rua em um município da Zona da Mata Mineira, expõe os diversos aspectos relacionados à vivência nas ruas que interferem na saúde, destacando o medo de sofrerem violência física e sexual, relatada por praticamente todas as entrevistadas. Essas informações revelam a necessidade de olhar mais sensível do poder público para a situação da mulher que está na rua e para suas demandas específicas (VALLE; FARAH; CARNEIRO JUNIOR, 2020).

Ademais, outras falas identificadas reforçam que é direito do cidadão ser atendido em qualquer serviço de saúde, e não apenas nos consultórios na rua, a fim de ampliar o acesso:

...muitas vezes o conselho foi conversar com o consultório de rua para saber o que faltava, o que não faltava, para melhorar o atendimento, todas essas coisas também a gente trabalhou com a população em situação de rua garantindo o direito deles serem atendidos em qualquer posto... (E03)

O presidente reforça a importância de romper a visão de que a população de rua tem que ser atendida apenas pelo Consultório de Rua, e enfatiza que o objetivo é ampliar o acesso para que esta população também possa ser atendida em qualquer unidade de saúde. Contudo, considera o projeto Consultório de Rua muito importante, e sugeriu que fosse feito uma solicitação de orçamento para as emendas parlamentares para investir no projeto. Ressaltou também a importância do trabalho intersetorial. (Ata 178, 2020)

Em síntese, este tema foi muito discutido no CMS de Florianópolis e tem sido prioridade nos últimos anos. A proximidade e o diálogo da CMS com a população em situação de rua é alicerçador, pois os serviços de saúde e políticas públicas precisam se ancorar nas suas necessidades e demandas. É tangível que apenas este reconhecimento da situação de saúde e de vida não é suficiente para solucionar as desigualdades sociais e em saúde, todavia, é um mecanismo capaz de dar visibilidade à essa situação, a fim de que se promovam ações no sentido de estabelecer políticas públicas equânimes.

4.1.3.2 População Negra e População do Campo e da Floresta

As disparidades étnico-raciais em saúde são complexas e refletem vários níveis de iniquidades (HOWELL *et al.*, 2018). Werneck (2016) aponta que o principal elemento constituinte desse campo é o reconhecimento do racismo com um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida.

Diante dessa realidade e consoante a marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), análises que visam o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, além de aspectos relativos ao acesso a esse direito, são fundamentais para a promoção da equidade e o pleno exercício da democracia, uma vez que viabilizam ações, normativas e estratégias no combate às alarmantes iniquidades existentes no Brasil, especialmente em saúde (BRASIL, 2013b).

Todavia, conforme apontam Leal *et al.* (2021), ainda existe a necessidade de melhorar a difusão das políticas públicas relativas a esse grupo populacional na sociedade, haja vista que no contexto de atenção à saúde, as políticas públicas não foram suficientes para sanar as necessidades desse estrato. Tal achado corrobora a tese de que a demolição das barreiras impostas pelo racismo é questão central para garantir o acesso ao direito à saúde (BATISTA *et al.*, 2022).

O que o campo saúde da população negra apresenta como reivindicação, pautado na noção ampliada de justiça social que articula reconhecimento e distribuição, é a possibilidade de enfrentar as iniquidades raciais em consonância com a busca pela universalização do direito à saúde (FAUSTINO, 2017).

Para demonstrar como o racismo estrutural e institucional tem afetado a população negra, conselheiros também apontam exemplos das populações quilombolas no contexto da pandemia de coronavírus 2019 (COVID-19). Uma conselheira local fala em reunião do CMS que fez um apelo a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para que se de uma atenção a essa comunidade Quilombola, pois a situação atual é de vários membros do Quilombo que não estão conseguindo ter acesso a medicamentos e que há vários membros dessa comunidade testando positivo para a *Covid-19*. Afirmou que essa comunidade deveria fazer parte da primeira fase de vacinação, e não da segunda, como é atualmente (Ata 187, 2021).

Nesta mesma ocasião, membro do Quilombo Vidal Martins também se manifesta e cita que a convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, que define comunidades Quilombolas como grupo prioritário, está sendo descumprida pelo município, inclusive declarou que se necessário, será denunciada a situação, pois é um claro caso de “racismo e discriminação” (Ata 187, 2021).

Corroborando com tais relatos, estudo ressalta que além da diferença de morbidade e mortalidade entre brancos/as e negros/as, a forma como quilombolas e indígenas foram tratados durante o período de maior agravo de infecções e óbitos por COVID-19 evidenciou a engrenagem sistêmica do racismo estrutural, alinhado à política privatista de cunho neoliberal, fortalecida pelas fragilidades institucionais, que acarretam relações desiguais de acesso à saúde, aumento da mortalidade, bem como a construção de barreiras ao controle social, e mostrou ainda os (des)caminhos enfrentados pela sociedade na busca da eliminação do racismo e da garantia de saúde para a população negra (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2022).

Frente a isso, um conselheiro municipal de saúde expressa o desejo de fazer um encaminhamento mais concreto, pois se houver um número de casos nessa pequena comunidade, há o risco de se perder uma comunidade quilombola inteira. Então sugere a criação de uma política pública de vigilância sanitária nessa comunidade, visitando a comunidade para identificar a situação e que se o direito da vacina existe conforme mencionado anteriormente, “porque não fazê-lo?”. Destacou a possibilidade do CMS encaminhar a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, uma solicitação para a vacinação das comunidades quilombolas como prioridade (Ata 187, 2021).

Neste contexto, e com base na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, observa-se a importância da participação dessas populações nos conselhos de saúde e nas demais instâncias de participação e controle social do SUS (BRASIL, 2013a). Um dos objetivos é promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção, consoante ao que os conselheiros declaram:

Reforçou a necessidade do Conselho se posicionar publicamente quantas vezes forem necessárias, expondo quais são as suas recomendações para esse momento. Reforçou também, a importância do Conselho enquanto espaço deliberativo, mas que durante a pandemia, o mesmo não participou de nenhum espaço de decisão além dos espaços do próprio Conselho. (Ata 187, 2021)

A gente tem Conselheiros de segmentos representativos... tem relação às minorias e tudo mais que o pessoal sempre traz... a população de rua a gente tem feito discussões nesse sentido, e quando surge alguma demanda, por exemplo, da população quilombola (E01)

Esse Pilar do SUS sempre é bem discutido, bem pensado, bem tratado dentro do Conselho e as representatividades dessa população, elas sempre tem voz dentro do conselho. (E02)

Ademais, uma das diretrizes da PNSIPN é a ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013b). Indo ao encontro de tal diretriz, no CMS a UNEGRO (União de Negras e Negros pela Igualdade de Santa Catarina) ocupa uma das cadeiras.

Para além do CMS, os conselheiros municipais de saúde auxiliam na articulação dos conselhos locais de saúde:

...a gente foi procurar religiões de matriz africana que são muito marginalizados e nós fomos fazer eles irem para o conselho local de saúde para serem protagonistas, então a gente mexeu a roda né como conselho. (E03)

...um dos conselhos locais de saúde que assumiu da Tapera veio de uma casa de religião de matriz africana que se organizou para fazer a organização e participar do Conselho de igualdade, do Conselho local de saúde, e tinha preconceitos que nós detectamos de profissionais de saúde, como agentes de saúde que não visitavam as casas religião de matriz africana, porque diz que era coisa do diabo. Isso a gente descobriu numa oficina entendeu? Então a gente orientou, formou, trabalhou, falou com os profissionais. (E03)

Pode-se identificar que estes relatos estão de acordo com outras diretrizes da PNSIPN, notadamente: Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

De modo geral, outro aspecto observado foi a inclusão do tema no exercício do controle social na Saúde pelos conselheiros, ao apontar a necessidade de protocolos que direcionem as ações e atividades específicas para este grupo de pessoas:

É demanda nacionalmente colocada com protocolos nacionais e o município deveria ter proposições com relação à população negra na saúde. (Ata 149, 2018)

Há especificidades com protocolos nacionais que definem responsabilidade para Estado e Município. Tem médico que sai da faculdade sem saber que tem doenças que tem determinantes específicos na população negra (...) Quero demarcar essa reivindicação, e se hoje não foi lembrado, me assusta profundamente a ideia do esquecimento. Registro a necessidade de um posicionamento oficial da SMS sobre isso. (Ata 149, 2018)

Outra fala que indica a necessidade de elaboração de planos destinados à saúde da população negra aparece na Ata de nº 168/2019, onde o representante da UNEGRO, aponta a necessidade de estratégias em saúde coletiva que considerem a interseccionalidade existente entre a vulnerabilidade socioeconômica e cultural com agravos específicos, como por exemplo HIV-AIDS. No tocante a relação do CMS com outras instituições participativas como as conferências identifica-se a organização e realização da conferência livre de saúde da população negra (Ata 161, 2019).

Em vista dos tópicos elencados, é possível identificar referências à influência tanto do conselho, como das conferências em saúde no processo de planejamento, por meio do Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão do SUS.

Todavia, um importante espaço de atuação dos movimentos sociais, o Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra, instituído em Florianópolis em 2011 (FLORIANÓPOLIS, 2011), ficou por muito tempo relegado a segundo plano, foi alvo de várias reivindicações acerca da reativação:

...referente à saúde da população negra porque nós estamos retrocedendo na questão, onde já havia sido aprovado em 2012 na CMS a constituição do Comitê de Saúde da População Negra, que foi implementado, depois foi fechado e não se tocou a política e a questão de problemas específicos de saúde da população negra discutimos o racismo institucional na saúde. O conselho tem que solicitar o retorno dessa política pública que já existiu. (Ata 149, 2018)

...a gente fez um comitê de saúde da população negra aqui, articulado com a Coordenadoria de igualdade racial (...) nós fizemos a primeira conferência de igualdade racial para discutir a política de saúde da população negra e nós passamos dois, três anos ali discutindo política de saúde da população negra. (E03)

Os comitês de promoção de equidade são espaços de diálogo da gestão e dos movimentos sociais, e têm sido espaços de elaboração e monitoramento das políticas de promoção de equidade, de fortalecimento do controle social e de escuta dos movimentos sociais

e suas reivindicações, demonstrando o compromisso da gestão com a democracia participativa (SOUTO *et al.*, 2016). Em 2019, entrou em vigor o decreto nº 20.861 modificando a composição do comitê técnico em saúde da população negra no âmbito da secretaria municipal de saúde de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2019), todavia desde o início da pandemia do Covid-19 as atividades foram interrompidas e segue como um desafio a ser superado.

4.1.3.3 População LGBT

As políticas e os direitos das populações LGBT têm alavancado discussões essenciais ao longo da história, marcando fortes rupturas na forma de olhar para as questões sexuais e de gênero no campo da saúde, como resultado, sobretudo, de um intenso diálogo entre movimentos sociais, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde. No entanto, a saúde deste segmento populacional é ainda marcada pela invisibilidade e por inúmeras barreiras no que tange à garantia de acesso aos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, formulada em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece a existência de efeitos perversos dos processos de discriminação, violências e exclusão sobre a saúde da população LGBT e, visando sua superação, orienta-se para promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2013d). Destaca, ainda, que orientação sexual e identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, na medida em que intolerância, estigma e exclusão social podem ser geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde (SILVA, A. *et al.*, 2020).

Para a implantação da Política supracitada, exige-se principalmente o enfrentamento de distorções estruturais próprias do SUS, que tem como desafio a superação de inúmeras desigualdades em saúde no Brasil. A proposta dessa política deve ser acoplada a uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e de sociedade, em que se possa aliar fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais. Nesse bojo, as políticas, programas e ações para a saúde das populações LGBT se tornaram também um exercício de resistência nesses tempos de inúmeros ataques (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022). O caminho a ser trilhado para a devida efetivação destas medidas vai além da elaboração destas e é permeado pela atuação do controle social (SABIONI *et al.*, 2016).

Frutos da pressão popular, a formulação e realização das políticas públicas para a saúde estão sendo submetidas à regulamentação da participação do controle social, portanto, a

efetivação real das políticas públicas de saúde para a população LGBT precisa estar nas pautas dos conselhos e conferências de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com as narrativas o CMS conta com importantes debates sobre o tema, e a própria comunidade LGBT também foi apontada como agente responsável por esse processo, a partir de sua organização política e de sua participação social:

...tem um representante da entidade que representa o pessoal de HIV, tem um pessoal do Câncer, tem várias associações dentro do Conselho que representam essa população (...) todas essas entidades, elas tem voz dentro do Conselho e sempre, sempre um problema é levantado e o problema é analisado e o problema é levado para área pertinente, isso nunca deixou de ser feito. (E02)

...o conselho tem várias pessoas representantes conselheiros LGBTs, tem uma boa conversa com a população LGBT, com a população que faz a discussão da Saúde referente a AIDS nós temos conselheiros. (E03)

Dentro do Conselho tem um grupo forte também de membros do movimento do HIV e AIDS, então isso tem bem... volta e meia esse grupo aí se manifesta bem da importância de ampliar, de assegurar tratamento e abordagem, e tudo... (E04)

Em síntese, as dificuldades de acesso da população LGBT aos serviços de saúde decorrem especialmente do estigma e discriminação operados em níveis estrutural, institucional e individual, produzidos por um modelo de assistência à saúde pautado na heteronormatividade. Ainda, o despreparo de gestores e profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas com a diversidade sexual e de gênero constitui uma importante barreira tanto para o acesso aos serviços quanto para o cuidado integral à saúde da população LGBT (BEZERRA *et al.*, 2019).

Diante de tal situação, há preocupação não apenas em desenhar e implementar sistemas de saúde capazes de proteger as famílias dos efeitos catastróficos das doenças, mas também em que a atuação dos serviços e profissionais de saúde não aumentem ainda mais as desigualdades sociais, através de ações que estigmatizem ou discriminem grupos de indivíduos segundo idade, sexo, etnia, preferência sexual, religião, condição econômica ou outras características (BARATA, 2009).

Portanto, as iniquidades em saúde presentes na comunidade LGBT devem ser consideradas tanto em nível individual quanto estrutural, com o objetivo de contribuir para mudanças que favoreçam sua redução, contribuindo assim para o alcance da equidade em saúde (MEDINA-MARTÍNEZ *et al.*, 2021).

Considerando-se a amplitude dessas práticas em diferentes instâncias sociais, sugere-se que a elaboração de políticas e legislações visando contribuir com o tema deva emergir por meio de um princípio integrativo, cujo foco de atenção psicossocial e promoção de saúde atue em três níveis distintos, a saber: práticas educativas, orientação profissional e condições de

organização do trabalho inclusivo (CORTEZ *et al.*, 2019). Neste quesito foi identificada uma ação educacional para a comunidade, promovida pelo Conselho Local de Saúde do Campeche juntamente com a Associação de moradores do Campeche (AMOCAM), diante de um caso de agressão ocorrido naquela praia:

Gostaria de fazer um convite do Conselho Local de Saúde do Campeche e mais AMOCAM que irão realizar um debate sobre o respeito aos direitos de todos, porque lá no Campeche ocorreu uma agressão na praia contra um grupo de amigos LGBT e a gente achou por direito que o Conselho Local e a Associação fizessem esse debate com a comunidade. (Ata 160, 2018)

Outro relato também fornece elementos sobre o planejamento de ações através da realização da conferência livre de saúde LGBT, evidenciando a articulação entre as instituições participativas:

Nós temos em Florianópolis um laboratório, uma clínica trans, né? Então por isso que a gente fez aquela pré-conferência livre da população LGBT, era para incluir essas pessoas no debate da discussão de saúde pública. (E03)

Em consonância, a 10ª Conferência Municipal de Saúde contemplou em sua primeira proposta a implementação do EIXO-1 SAÚDE, do 2º Plano Municipal de Políticas Públicas de LGBT, com garantia de fomento específico no orçamento municipal para implementação do referido plano. O Eixo 1 trata de ações de sensibilização e de formação continuada das(os) profissionais da saúde nas temáticas de: gênero, orientação sexual, identidade de gênero e violências sexistas, lesbofóbicas, homofóbicas, bifóbicas e transfóbicas.

No tocante a população trans, os avanços conquistados na área da saúde, principalmente através dos movimentos organizados LGBT, vêm ocorrendo por meio de suas demandas apresentadas nos espaços de controle social, como nas Conferências de Políticas Públicas para LGBT e nos Conselhos de Saúde (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Sobre o tema, o CMS abarca uma discussão sobre uma das propostas da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2019, que assinalava a institucionalização do ambulatório de assistência à população trans, tornando-o política de saúde do município, com fomento próprio, baseado nas políticas do plano nacional de saúde LGBT.

Mais adiante, em 2021, a Diretora da Atenção à Saúde informou que conseguiram inserir no Ministério da Saúde a solicitação de habilitação do Ambulatório Trans, sendo aprovada na CIB, para que ele passe a receber os recursos pelo serviço e, em seguida, o inscreveram no Ministério da Saúde. A respeito do assunto, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

também ressaltou que Florianópolis é a primeira cidade do Brasil a ter consultórios referenciados para a população Trans (Ata 194, 2021).

Um aspecto importante relacionado a esta questão diz respeito à produção de conhecimento na área de saúde sobre a população LGBT, ainda mais centrada nas condições de vulnerabilidade às DST/Aids do que em outros temas e determinantes da saúde desta população (BITTENCOURT; FONSECA; SEGUNDO, 2014).

Outra narrativa, do representante da Associação em Prol da Cidadania e dos Direitos Sexuais, manifesta a necessidade de descentralização do Serviço de Distribuição de Medicamentos para ampliar o acesso e o comprometimento da adesão a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. Ainda levantou a importância de garantir a manutenção do programa de prevenção ao *HIV*, por meio da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (Ata 183, 2020).

Uma revisão sistemática de literatura identifica disparidades de saúde na comunidade LGBT, que exibiu taxas mais altas de problemas de saúde mental, abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, aumento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e uma taxa mais alta de automutilação e suicídio (MEDINA-MARTÍNEZ *et al.*, 2021).

Florianópolis apresentava-se entre as capitais brasileiras com as maiores taxas de detecção de novos casos de HIV/AIDS nos últimos anos e, apesar da tendência de queda, ainda apresentava alta taxa de mortalidade relacionada ao HIV/AIDS. Diante deste cenário, no ano de 2017 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou a iniciativa "Pare o HIV Floripa 2020", com o objetivo de atingir a meta 90-90-90 (90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS diagnosticadas, 90% destas em tratamento e 90% das tratadas com carga viral indetectável) estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (FLORIANÓPOLIS, 2021).

Além disso, o projeto "A Hora é Agora" é uma ação inovadora voltada à prevenção e o controle do HIV, principalmente entre jovens gays, homens que fazem sexo com homens e pessoas trans, grupos mais vulnerabilizados à infecção pelo vírus. Tem como objetivos promover a testagem para diagnóstico precoce do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e instituir rapidamente o seu tratamento.

Sabemos que essa epidemia concentrada nessas populações tem muito a ver com questões de barreira de acesso, por exemplo, uma mulher trans ela não tem o nome social respeitado no serviço de saúde dificilmente ela vai querer voltar e fazer o teste de HIV. Da mesma forma a pessoa que é homossexual que possa sofrer algum tipo de preconceito, se ela chegar num serviço que deveria fazer o teste até mais por rotina de seis em seis meses, muitas vezes essa pessoa não consegue acessar esse serviço por barreiras relacionadas à discriminação e preconceito. ...o "Pare HIV Floripa 2020", então seria a ideia de ter uma linha de cuidado com várias ações e vários níveis de sistemas de saúde para dar conta da epidemia levando

em conta esse perfil dela que está em vários grupos populacionais, principalmente em alguns específicos com maior prevalência e usando das várias ferramentas disponíveis que a gente tem. (Ata 168, 2019)

No âmbito do CMS, a demanda de um membro da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids foi acolhida e remetida à Mesa Diretora do Conselho para conhecimento e providências cabíveis:

...particpei de encontro nacional da Rede, onde elaboramos a carta que apresento agora à Plenária, diante do risco de perda dos direitos conquistados pelas pessoas que vivem com HIV/Aids. Por ser uma condição sem cura, nós precisamos de remédios disponíveis diariamente, atendimento médico regular e outras medidas indispensáveis. Essas garantias estão em risco diante do Decreto do Governo Federal que extinguiu o Departamento de DST/Aids, considerado responsável pelo melhor programa de combate ao vírus no mundo. (Ata 169, 2019)

Neste quesito, a narrativa do Representante do Conselho LGBT de Florianópolis em apresentação do II Plano Municipal LGBT/Saúde expõe as dificuldades vivenciadas, além de propor o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas, especialmente, em relação às DSTs:

A gente sabe que está passando por uma crise na saúde no sentido das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em relação a HIV e a Sífilis, então é importante que a gente pense um material mais efetivo e que consiga alcançar as camadas da população com uma linguagem que favoreça essa comunicação com meta para 2020. [...] é muito importante que o nome social continue, por mais que já exista a ressignificação do nome civil muitas pessoas não tem acesso a esse serviço de mudar o nome ou de ter o dinheiro para pagar essa mudança e continuam usando o nome social e as pessoas menores de 18 anos também utilizam o nome social, então é importante que o nome social continue nos formulários. Apoiar no âmbito do município a realização continua de atividades de prevenção às IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, incluindo as tecnologias vigentes tais como a profilaxia Pré-exposição –PREP, a Profilaxia Pós Exposição –PEP, testagem rápida, bem como outras que promovam o diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites. Então é importante pensar na Lei Orçamentária Anual 2020 que vai ser votada agora nos próximos meses, para garantir uma rubrica para o cumprimento do plano, principalmente no que diz respeito às DST, HIV e hepatites virais. (Ata 171, 2019)

No final de 2020, dados do Ministério da Saúde revelaram, em um boletim epidemiológico sobre o HIV/AIDS em todo o país, que Florianópolis caiu da primeira capital em taxa de detecção do vírus no país, para a 5º posição naquele ano. O dado demonstra redução de 17% de casos novos. Outro importante dado pontuado pelo boletim é de que a Capital ocupou o 11º lugar no coeficiente de mortalidade entre as capitais brasileiras a cada 100 mil habitantes, sendo que no boletim anterior a posição da cidade era a 8º (FLORIANÓPOLIS, 2020b).

Na direção da demandas listadas, a meta da PAS de 2021, apontou a implantação de protocolos de profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), incluindo o fornecimento dos medicamentos, em 100% dos Centros de Saúde. E o resultado apresentado no RAG daquele ano registrou que 50% da meta foi alcançada. Houve a abertura da Unidade de Dispensação de

Medicamentos Antirretrovirais no Centro de Saúde Saco Grande e a implantação dos protocolos de PEP, incluindo a dispensação dos medicamentos, nos Centros de Saúde municipais.

Autores chamam ainda atenção dos deslocamentos para a uma gama de necessidades em saúde para além da prevenção e tratamento do HIV, respeitando as singularidades de cada uma das identidades e como marco da cidadanização das minorias sexuais e de gênero (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

Indo ao encontro do exposto acima, salientamos um dos instrumentos de gestão municipal mais recentes, o Plano Municipal de Saúde 2022-2025. O seu processo de elaboração contou com a participação ativa do CMS no alinhamento dos problemas e diretrizes, conforme destaca o relato:

A quase totalidade dos problemas propostos pelo Conselho foram contemplados em alguma diretriz e isso é muito positivo, e que estão sempre se reunindo e discutindo, o que está tornando o processo muito participativo. (Ata 195, 2021)

Ainda sobre a elaboração do PMS, os conselheiros defenderam fortemente a alteração da diretriz 3, com vistas de incluir as demandas das minorias sociais que não constavam na redação:

Sobre a diretriz 03, a redação da mesma dispõe sobre os 3 ciclos de vida, a questão de gênero e populações em vulnerabilidade, mas que há demandas para além dos problemas propostos, pois o problema 01 está centrado na mulher e na criança, o 02 foca na questão da imunização, que é importante, mas acaba deixando de lado diversas outras demandas sobre gênero e populações vulneráveis que caberiam nesta diretriz. Reforçou que o objetivo é garantir que as demandas dessas populações estejam garantidas no Plano. (Ata 195, 2021)

O Conselho se reuniu para analisar e avaliar as diretrizes do Plano e foi entendimento de todos que a diretriz 03, pela sua definição, não é abrangente quanto deveria ser. Informou que o Conselho sugere que seja incluído mais um problema na diretriz 03, retirado das propostas da 10ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2019. Lê o problema: “Assegurar os princípios constitucionais do SUS: universalidade do acesso, integralidade e equidade, garantindo o acesso e atendimento às populações vulneráveis - população em situação de rua, negros, pessoas com deficiência, LGBTI+, populações tradicionais, pessoas vivendo com HIV e AIDS, populações privadas de liberdade, usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, trabalhadores e trabalhadoras do sexo, profissionais do sexo e prostitutas - em 100% das Unidades de Saúde e demais serviços de saúde.” (Ata 195, 2021)

Reforçou a importância da inclusão sugerida pelo Conselho, pois são questões que precisam de visibilidade para que se garantam as ações de saúde nesse sentido. (Ata 195, 2021)

Em concordância com os debates, a assessoria de planejamento expressa a importância de evidenciar esta temática:

As questões de gênero, raça ou classe são sentidas e trabalhadas durante todo o ciclo da vida, cotidianamente na APS, e que é importante sim deixar explícito certas questões, pois se sabe que as

gestantes negras têm menos consultas de pré-natal, entre outras desigualdades em relação às gestantes brancas. Reforçou que, sobre algumas questões (como a população em situação de rua e população quilombola) é melhor que se deixe mais explícito, pois são questões que não se vê tanto no dia-a-dia e podem passar despercebidas. Concorde com a inclusão e afirmou que levará para o Grupo de Trabalho do Plano. (Ata 195, 2021)

Por fim, a plenária aprovou por unanimidade as diretrizes do Plano, com a inclusão do CMS e a diretriz 03 ficou com a seguinte redação: “Assegurar os princípios constitucionais do SUS, universalidade do acesso, integralidade e equidade, garantindo o acesso e atendimento às populações vulneráveis (população em situação de rua, negros, pessoas com deficiência, LGBTI+, populações tradicionais, pessoas vivendo com HIV/AIDS, populações privadas de liberdade, usuários dos serviços de Saúde Mental e de álcool e drogas, profissionais do sexo) em 100% das Unidades de Saúde e demais serviços de saúde.” (Ata 195, 2021).

A partir desta diretriz, o plano registra como meta a implantação de uma linha de cuidado para a população LGBT, PSR e População Negra. Uma linha de cuidado como instrumento de capacitação contínua dos profissionais de saúde, instrumentando-os de forma a direcionar suas abordagens, guiando-os pelo projeto terapêutico do usuário e tendo este como elemento estruturante do processo, destaca-se como ferramenta de auxílio à garantia da integralidade dos cuidados bem como para oferecer um atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero (BARCELOS, 2018).

Assim, pode-se constatar que a elaboração de planos e ações de saúde voltados para os grupos historicamente mais vulneráveis, sobretudo população LGBT, está intimamente relacionada à trajetória dos movimentos sociais, sua representatividade no interior do CMS e articulação com outras instituições participativas na direção de um paulatino fortalecimento no processo de tomada de decisão e no acompanhamento das políticas públicas conduzidas pelo aparato estatais. Os movimentos sociais são os principais atores responsáveis por conferir centralidade ao tema da saúde para os grupos minoritários, sensibilizando e empoderando, conjuntamente, os representantes das demais entidades, o que permite avançar as demandas do campo da denúncia para o âmbito da proposição específica de políticas.

4.2 RESULTADOS DE CRICIÚMA/SC

4.2.1 Acesso e qualidade da Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser a principal porta de entrada no SUS, também deve ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde (BRASIL, 2021). Todavia, as discussões no âmbito do CMS de Criciúma a respeito da APS foram exíguas, diferente do caso apresentado anteriormente.

Olha atenção básica, sempre foi a menos valorizada, porque o que importava sempre foi o hospital e o especialista ...(...) então eu acho que a atenção básica não teve assim a atenção merecida. E aí também o conselho sempre operou muito a partir da lógica de levantar problemas, mas de não necessariamente indicar as soluções (...) a gente viveu esse período de desmonte a partir do Governo Federal, da política da atenção básica, isso tudo vinha muito pronto, então vinha para aprovar... a gente problematizava algumas coisas, tencionava, mas era aprovado. (...) o profissional de saúde era assim o inimigo do Conselho, a figura do inimigo (E05)

...eu acho que a atenção básica não houve assim um acompanhamento, né? Porque não é só apagar fogo, não é só quando o problema chega no conselho. (E05)

Os resultados do estudo de Fertoni *et al.* (2015) reportam os avanços positivos na consolidação da ESF, principalmente com relação a ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas. Contudo, referem a significativa influência do modelo hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas biomédico estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas.

A fim de enfrentar os desafios cotidianos pertinentes às perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, os usuários e as instâncias de controle social, juntamente com profissionais/equipes de saúde e os gestores da saúde, são agentes necessários nesse processo (FERTONANI *et al.*, 2015).

Em vista disso, os resultados produzidos na distribuição e na qualidade de bens, recursos e serviços no âmbito da APS, a partir de debates e ações realizadas no âmbito do conselho municipal de Criciúma no período do estudo serão apresentados de acordo com as seguintes categorias: Recursos humanos e físicos e Terceirização na APS.

4.2.1.1 Recursos humanos e físicos

Alcançar uma cobertura universal demanda a implementação de políticas e estratégias que visem garantir o acesso à atenção com equidade, qualidade e eficiência; para o qual se requer recursos humanos em saúde suficientes e adequadamente distribuídos nos diferentes níveis de atenção, subsistemas e regiões. As evidências disponíveis devem ser consideradas para redirecionar sua distribuição, de forma que respondam às necessidades de saúde, em um quadro de equidade no acesso aos cuidados, pois esses déficits podem dificultar a obtenção dos resultados desejados e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde (LUCIO-GARCIA; RECAMAN; ARREDONDO, 2018).

Diante disso, uma das principais demandas elencadas pelos conselheiros em Criciúma é a falta de recursos humanos, especialmente, médicos nas unidades de saúde e o número reduzido de profissionais na equipe, conforme relatos:

A questão que eu acredito que hoje é pior na saúde é a ausência de profissionais de saúde, dos médicos propriamente dito e também do estilo do prefeito de privatizar, de terceirizar muito os serviços (E06)

O nosso maior interesse sempre foi na contratação de profissionais, no quadro mínimo de profissionais... hoje a gente vê que falta médicos de monte, a gente já denunciou no ministério público também, né? E até onde nós temos alcance a gente tem feito (E08)

Moradora afirmou ser extremamente difícil conseguir atendimento para médico, dentista e também para fazer vacina na Unidade de Saúde. (Ata 07, 2019)

Conselheiro citou ainda a falta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, sugeriu que o Conselho intervenha de alguma forma. (Ata 524, 2019)

A ausência do profissional causa uma sensação de falta de proteção ao usuário, que depende do deslocamento do profissional em caso de emergência (MOIMAZ *et al.*, 2010). Soma-se a isso outras questões complexas, como investimentos inconsistentes em recursos humanos, remuneração inadequada dos profissionais que trabalham na área, contratação de profissionais qualificados e com perfil para atuar na APS, melhoria das estruturas física e tecnológica das unidades de saúde e comprometimento dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde, que ainda são aspectos renegados para a solução de transtornos que impedem que a ESF se concretize como força motriz e dê novos rumos ou contornos à efetivação do SUS (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Para além disso, cabe aqui uma reflexão no que tange as práticas assistenciais, evidenciando que as ações continuam predominantemente centradas no médico. O modelo de atenção à saúde ainda vigente é um modelo centrado na figura do médico, como profissional

central na lógica vigente, na doença como foco das intervenções, no consumo de procedimentos de alta tecnologia e no uso excessivo de medicamentos, ou seja, no modelo biomédico hegemônico. Apesar de esse modelo estar sendo questionado, existem muitos desafios para que mudanças reais nos serviços aconteçam (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Produzir saúde para a população no nosso contexto precisa ter como meta a integralidade em saúde. Esta depende de um trabalho interdisciplinar que considere os diversos contextos socioculturais dos que demandam cuidado e tenha em seu núcleo o trabalho vivo, ou seja, as relações e o vínculo entre profissionais e usuários/pacientes (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Outro problema identificado é sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o desempenho de suas funções. Os conselheiros de saúde apontaram que os ACS têm se deparado com dificuldades para cumprir suas atribuições.

Então, a gente cobra muito que elas façam o papel delas, que é estar visitando as famílias, estar presente nas comunidades, né? Então isso é uma coisa que a gente vem cobrando muito, vem defendendo muito elas porque o gestor da unidade de saúde se falta um estagiário pega agentes de saúde para ficar na recepção e aquela área não vai ser coberta naquele dia, naquela semana. (E06)

Os ACSs, integrantes essenciais da equipe da ESF, não constituem mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde. Pelo contrário, são considerados personagens-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS. Nesse sentido, é inevitável que a formação/educação permanente da equipe multiprofissional, em especial dos ACS, seja fundamental para que estes busquem atender às necessidades das famílias, focando as ações de saúde para além das práticas curativas (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A atuação do conselho é fundamental nesse sentido, além de ser capaz de contribuir com a contratação de novos profissionais.

Tem sim conquistado muita coisa em relação a questão de farmácia, vacinação... então a gente cobra muito... a questão de contratação de agentes comunitários, teve um período aí que foi feito umas contratações por cobrança do Conselho Municipal de Saúde. (E08)

Mesmo com o reconhecido movimento de cidadania e direito à saúde, construído no bojo da ESF, problemas distintos ainda têm limitado o avançar da estratégia para consolidação e reorganização efetiva do SUS no território brasileiro. Em alguns espaços de gestão e de atenção, ainda não se valoriza a intersetorialidade como condição para uma APS mais abrangente, o que envolve a compreensão da saúde como fenômeno indissociável do

desenvolvimento econômico e social, dando significado à necessidade de enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-doença (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Superar a hegemonia do modelo biomédico exige a priorização da saúde como um direito, e não como um produto à venda no mercado, o que está diretamente relacionado com a superação da política econômica neoliberal, que pressupõe a intervenção mínima do Estado na promoção de direitos sociais, sendo esta intervenção condicionada ao fracasso do sujeito no alcance de direitos básicos, como o direito à saúde. A lógica imposta na organização econômica brasileira traduz saúde em cifrões, e não em qualidade de vida, justiça social ou condição de cidadania (SOUSA *et al.*, 2019).

No contexto político, essa lógica é reafirmada quando há o sucateamento dos serviços públicos de saúde e a não priorização da saúde como direito de cidadania. Para o alcance de sistemas universais, é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania (SOUSA *et al.*, 2019).

Para além da carência dos profissionais da equipe de saúde, o CMS de Criciúma mostrou-se atuante em busca de melhorias a respeito das edificações e suas instalações, através de reformas e novas construções de unidades de saúde.

Uma das atuações do CMS juntamente com a comunidade, foi no bairro São Sebastião, para reforma da unidade de saúde.

A gente conseguiu reformas de unidades como a São Sebastião... (E08)

No Bairro São Sebastião tem aproximadamente 10.000 pessoas contempladas com um ESF. Cada ESF pode atender até 3.000 famílias, além dos 10.000 moradores ainda estão construindo casa e prédios, e a estrutura na área da saúde continua a mesma, e que a única conquista foi as reformas, o espaço do dentista também é muito pequeno. Solicita que os conselheiros façam uma caravana para acompanhar de perto o descaso com o bairro, com a pavimentação, entre outros. (Ata 483, 2017)

O presidente do bairro ressalta a mobilização da comunidade e pontua que:

... a reforma foi possível com a ajuda do conselho municipal da época, mas a ampliação ficou no sonho. Diz que os ventiladores não funcionam, que foram feitas muitas reclamações na secretaria de saúde que não foram atendidas, diz que são momentos de indignação, que as ruas estão em mau estado, que não tem reparo e que tudo é na base do soco e a comunidade está decepcionada, a um ano atrás esteve na unidade uma comissão onde foi solicitado ajuste da instalação elétrica que se encontra em risco de pegar fogo, mas que não foi resolvido nada... Coloca também que a comunidade precisa de uma unidade com maior espaço físico, já que atende uma população muito grande. (Ata 484, 2017)

A partir disso a presidente do CMS faz os encaminhamentos para apresentar uma denúncia ao ministério público:

...sobre as condições da unidade de saúde e do centro de referência e solicita um ofício à secretaria de saúde para que façam os reparos elétricos, as capacitações e treinamento dos agentes para uso dos tablets, solicita também que seja verificado o computador da unidade e que se faça uma denúncia a vigilância sanitária. (Ata 484, 2017)

Ainda, no ano de 2022, uma nova UBS foi inaugurada no bairro São Sebastião (BAIRRO...2022). Nesse sentido, os conselheiros apontam reivindicações de construção de outras unidades de saúde, como aconteceu no bairro Sangão, conforme relato de uma conselheira local de saúde:

Falou sobre para a construção do novo posto já tem \$408 mil, mais \$80 mil reais. Será conversado com o Prefeito para ver quando vai começar. Informou que foi feito um bingo para pagar o desmembramento do terreno. (Ata 471, 2017)

A entrega da UBS Sangão ocorreu no final do ano de 2019, mesmo período em que ocorreu a entrega de outra nova UBS, no bairro Zuleima, além da inauguração de obras de reformas em três unidades (PREFEITURA...2019).

Ainda, em reunião do CMS, realizada de forma itinerária na Comunidade Jardim Montevideo, um morador do local expressa a demanda de uma nova UBS:

...pede o apoio do Conselho Municipal de Saúde para a construção de uma Unidade de Saúde para a Comunidade Jardim Montevideo. (Ata 10, 2020)

A Conselheira, representante da gestão, afirma que ampliar a equipe de profissionais da Unidade de Saúde pode ser feito, bem como aumentar o número de ônibus para o acesso da comunidade ao atendimento na Unidade de Saúde, pois conforme a Conselheira supracitada, tais pedidos são mais fáceis de serem atendidos por ora, do que a construção de uma Unidade de Saúde. (Ata 10, 2020)

Solicita que nos bairros mais carentes tenha mais atenção já que a saúde em geral está muito ruim... (Ata 483, 2017)

Em síntese, a participação e mobilização da comunidade ao exhibir os problemas locais permitiram a ampliação do debate e agregaram força ao movimento em busca de progressos relativos a contratação de profissionais e estrutura física, que correspondem a requisitos mínimos indispensáveis para uma atenção à saúde de qualidade.

4.2.1.2 Terceirização Unidade Básica de Saúde- UBS

Diferente do município de Florianópolis, em Criciúma as parcerias via contratualização com OSs tornaram-se meio de implementação e ampliação das ações de saúde, não apenas da gestão de UPAs e hospitais, mas também da APS.

Morais *et al.* (2018) apontam:

(...) privatização como o processo no qual atores não governamentais tornam-se progressivamente envolvidos no financiamento e/ou na provisão de serviços de saúde... o conceito de “privatização ativa”, processo pelo qual um governo desenvolve políticas que estimulam a participação privada no setor de saúde... no caso brasileiro as OSS materializariam a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde. (pág. 03)

Segundo esses autores, analisando em especial o contexto paulista, os problemas se concentram na falta de transparência, precariedade de fiscalização no cumprimento das metas, conflitos de interesse entre as estruturas de gestão das OS, do setor público e das empresas de saúde, quebra dos princípios do SUS e paralelismo de modelos operacionais nas redes de cuidado e atenção, entre outros óbices.

Outros autores também expõe que a intensificação do trabalho e a terceirização evidenciada pela sobrecarga de trabalho, condições precárias, subdimensionamento de trabalhadores, ritmo intenso de trabalho e contratos via OS podem resultar na fragilização das relações interpessoais, perda dos direitos trabalhistas, assistência fragilizada, adoecimento dos trabalhadores, dificuldade no acesso dos usuários aos serviços, provocando o distanciando de uma proposta de saúde integral e inclusiva (DAMASCENA; VALE, 2020).

Tais elementos que caracterizam a tipologia ‘intensificação do trabalho e terceirização’ fomentam o descrédito social nos serviços de Atenção Básica, pois, diante da ausência de recursos, os profissionais limitam seus afazeres técnico-científicos, restringem as atuações de caráter interdisciplinar diante da sobrecarga de trabalho e, por vezes, negligenciam os fluxos de atendimento dos usuários conforme os protocolos municipais de atenção à saúde (DAMASCENA; VALE, 2020).

No caso Criciumense, o CMS fez um tensionamento para evitar a privatização na Unidade de Saúde Central, mas não foi o suficiente para impedir.

O que teve foi uma discussão muito forte na questão da tentativa do governo de privatizar a unidade central de saúde (...) A gente também não conseguiu reverter, mas a gente conseguiu fazer com que a Unesc se comprometesse com contrapartidas de ampliação e de melhorias no espaço físico, então era um processo que ia passar batido (...) então a gente conseguiu não a reversão, mas a melhoria do serviço prestado. (E06)

A discussão do Conselho em relação às UPAS e as OSs é sempre contrário, nós não aceitamos terceirização da Saúde, isso eu falo pela maioria dos conselheiros, né? Claro que tem outros que buscam isso, mas nós não aceitamos a terceirização da Saúde. O parecer do Conselho, por exemplo, em relação a

Unesc que assumiu a unidade do centro foi desfavorável (...) o parecer jurídico foi de que a Unesc não tinha condições de assumir a unidade do centro em função da ilegalidade na contratação, né? Tu não pode fazer uma contratação sem fazer uma licitação e eles foram para a câmara de vereadores, burlaram todo sistema, a câmara aceitou, nós fizemos denúncia, tá no Ministério Público também em relação a esse problema. (E08)

...o conselho foi contrário daí eles foram para a câmara de vereadores para tentar passar por cima do Conselho na Câmara de Vereadores (E08)

Um motivo pelo qual o conselho de saúde se posicionou de forma contrária às OSs refere-se aos desafios impostos ao controle social:

Onde tem essas terceirizadas, morre a democracia participativa, morre o controle social, né? Então o posicionamento do Conselho é sempre contra a terceirização na sua maioria, tá? (E08)

Em consonância, autores relatam que o modelo de gestão por OSs traz obscuridade no que diz respeito aos princípios legais da “transparência, idoneidade e impessoalidade” que são inerentes ao setor público. O processo de planejamento não fica evidenciado para a instalação dos serviços e implantação das ações em saúde voltadas para as reais necessidades da população atendida. Outro destaque parece ser a falta de convencimento de parte do controle social quanto às evidências de eficiência, economicidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pelas OSs, pelo que enfatizam a relevância de estudos nesse campo (MOITA *et al.*, 2021).

Por fim, relativamente à Atenção Básica, o trabalho desenvolvido sob uma política de precarização pode contribuir para um processo de descaracterização dos seus serviços, ao considerar que o modo de gerir esses serviços alinham-se às tipologias da precarização do trabalho e os trabalhadores precisam ajustar seu processo de trabalho para atender demandas que, por vezes, não estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e dificultam a compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde pelos trabalhadores, para garantir o cuidado integral, inclusivo e participativo (DAMASCENA; VALE, 2020).

4.2.2 Continuidade do cuidado- Atenção Secundária e Terciária

Neste tópico, conforme já pontuado nos resultados de Florianópolis, levamos em consideração o que foi proposto por Mendes (2011) ao indicar que é necessário conceber estratégias de gestão que busquem organizar a rede de atenção de média e alta complexidade em conjunto com a atenção primária nos estabelecimentos de saúde em diferentes localidades.

Nós discutimos as questões de medicamentos, as questões de demora na fila fizemos muitas reuniões, questões de contratações ilegais que foram feitas, o conselho derrubou muitas contratações, licitações

irregulares. Devolução de recursos, que foram investidos indevidamente, por exemplo, recurso do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) que era pra saúde do trabalhador e foi investido em esponjas, pasta de dente, outras coisas mais... a gente conseguiu fazer com que eles fizessem a devolução... (E08)

Desta maneira, serão abordadas na sequência 5 categorias: Atenção hospitalar, Terceirização das Unidades de Pronto Atendimento- UPAs, Terceirização do Laboratório Municipal, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental.

4.2.2.1 Atenção hospitalar

Primeiramente será elencada a atenção hospitalar, visto que tem sido um tema recorrente nas reuniões do CMS, refletindo também nas resoluções, especialmente em virtude de demandas que chegavam da gestão para aprovação, conforme relato:

Eu acho que o conselho não se movimentava na defesa do hospital, não é isso. Mas o que chegava assim era aprovado, porque também era meio que dinheiro carimbado. (E05)

Tais resultados, apontam que não houve alterações quando comparado com outro estudo realizado no mesmo CMS anteriormente, que discorre sobre o predomínio do caráter apenas consultivo, em detrimento de seu papel decisório, enfatizando que, em algumas situações, os canais de participação operam somente na legitimação de decisões previamente definidas pelo Executivo (BORTOLI; KOVALESKI, 2019).

Todavia, ao passo em que eram aprovadas algumas demandas, o CMS também condicionava à aprovação, a elaboração e implementação de planos, tal como ocorreu na votação para Habilitação de 10 leitos para o AVC no Hospital São José (HSJ) que foi aprovada (Resolução nº 11, 2019), porém com a seguinte ressalva:

A necessidade de construção de um protocolo de atendimento para a rede de saúde, com objetivo de potencializar o uso destes novos 10 leitos para promover ações de prevenção e agilizar o atendimento para a reabilitação. (Ata 07, 2019)

Ainda sobre o HSJ, o CMS travou uma luta com o objetivo de devolver a gestão plena do Hospital para o Estado de SC, que foi aprovado (Ata 463, 2017), conforme relatos do presidente do CMS:

A luta pelo hospital público regional deve continuar, independente da gestão do HSJ, que também é um assunto extremamente importante. Sendo necessário que o Estado assuma a gestão. [...] E passando a gestão ao Estado fortalece a região pela luta de um hospital público. Sugeriu que o conselho apoie na luta

para que isso aconteça. Quando os municípios se unirem forma-se uma gestão local e regional forte para lutar pelo hospital público. (Ata 463, 2017)

O Presidente do CMS falou da importância da trajetória deste Conselho, de seu papel fundamental e da luta deste Conselho para conseguir a rescisão do contrato com o ISEV e Prefeitura para que pudesse colocar uma entidade mais séria como administradora. A luta se dá nos diversos setores, incluindo a luta pelo Hospital Público regional, ressaltou que não vão desistir mesmo que o Governo diga que não é viável. Falou ainda sobre a criação da legislação aonde garante o recurso e espaço próprio para autonomia e atuação deste Conselho Municipal de Saúde, garantindo a discussão de políticas públicas. Falou ainda que temos passado muitas dificuldades para conseguir manter o funcionamento deste Conselho, pois estamos com energia, telefone e outras coisas com fornecimento bloqueado por falta de pagamentos. E independente do gestor que estará à frente da secretaria, nossa luta será grande. (Ata 476, 2017)

Outras demandas que chegaram ao conselho também seguiram o mesmo padrão, de aprovação, mas com ressalvas. Tal como identificado na resolução nº 57 de 2018, onde foi aprovada a realização de credenciamento para a realização de transplante renal do Hospital São José, no entanto com a seguinte recomendação: que toda a implantação deste atendimento seja acompanhada por um conselheiro. Posteriormente, foi aprovada a Habilitação para Atendimento em Gestação de Alto Risco no Hospital Materno Infantil Santa Catarina com a seguinte ressalva: o agendamento de reuniões para discussão dos problemas identificados pela Comissão de Projetos do Conselho Municipal de Saúde (Ata 31, 2020).

Nesse prisma, o CMS não conseguiu barrar a privatiza o do Hospital Materno Infantil, mas em contrapartida atuou em busca de amplia o dos serviços:

Na questão também da tentativa de privatiza o do Hospital Materno Infantil aqui de Criciúma, a gente conseguiu ampliar muito o debate, não conseguiu reverter a privatiza o, mas a gente conseguiu que o serviço atendido fosse ampliado. (E05)

Uma das lutas do conselho foi que uma entidade, um terceiro setor pegou o hospital que hoje   Materno infantil que é o Hospital Santa Catarina e o conselho denunciou que aquela entidade ali não estava fazendo corretamente, não estava pagando os funcionários. ... e conseguiram tirar essa entidade, essa ONG que hoje não toca mais esse hospital. (E07)

Autores alegam que a participa o do setor privado no SUS foi permitida, em tese, como um complemento para a presta o de serviços de saúde sob financiamento público. Contudo, os hospitais privados têm cada vez mais fornecido aten o de m dia e alta complexidade, o que tem aumentado a aloca o de recursos públicos nos estabelecimentos privados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Sobre a privatiza o da saúde, Morais *et al.* (2018) também registram alguns fatores envolvidos: há uma concentra o em serviços hospitalares com maior densidade tecnológica; nítida predominância de cláusulas respeitantes ao incremento de repasses financeiros em detrimento de outras cláusulas regulatórias; existência de modalidades especiais de contratos com serviços-meios absolutamente estratégicos para o funcionamento geral do Sistema  nico

de Saúde. Portanto, as OSs se configuram como um dos componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde, nas vertentes da gestão, da prestação e da regulação de serviços, em um cenário de intensiva mercantilização da saúde e de transferência de fundo público para o setor privado.

No que concerne as especialidades e exames, algumas são alvo de reclamações pela fila de espera e demora para o atendimento:

A maioria das reclamações é de que o médico especialista tinha uma carga horária de 20h semanais das quais foram diminuídas para 10h, e quando termina seu horário, ele encerra seu expediente deixando uma enorme fila de pacientes sem atendimento. (Ata 491, 2018)

Várias pessoas reclamam da demora nas consultas de especialidades, e afirmam que por exemplo: para consulta com médico oftalmologista a espera se dá por mais de um ano. (Ata 07, 2019)

Sobre as requisições de exames que não tem mais e tem preocupação porque hoje é dia dezesseis e não tem mais requisição. (Ata 44, 2021)

Em síntese, a atenção especializada tem sido muito debatida no interior do CMS, a partir do levantamento das demandas da população, onde identifica-se o difícil e demorado acesso às especialidades e exames específicos, muito embora trata-se de um assunto ainda não solucionado.

4.2.2.2 Terceirização das Unidades de Pronto Atendimento- UPAs

Outro fator que surgiu durante a pesquisa foi a implantação das Organizações Sociais, nas duas UPAs existentes no município. Apesar do conselho não concordar com a UPA sendo administrada por OS (Ata 497, 2018), poucas foram as discussões e tensionamentos no interior no conselho a fim de sustar as contratações.

Um conselheiro do CMS de Florianópolis presente em uma das reuniões em Criciúma compartilhou o relato das experiências que tiveram no Conselho de Florianópolis na luta em defesa do SUS e contra as Organizações Sociais, no sentido de contribuir e alertar o CMS de Criciúma:

Há poucos dias a prefeitura de Criciúma abriu a UPA do bairro próspera já com a gestão entregue para uma organização social, sem conversar absolutamente nada com o controle social, onde o povo de Criciúma pode sofrer graves consequências dessa política se não nos mobilizarmos. É fundamental que estejamos atentos e organizados para travar essa luta que é defesa de um sistema único de saúde universal, integral, 100% estatal e de qualidade, para só assim garantir vida digna para nossa gente. (Ata 498, 2018)

Semelhante ao que foi citado anteriormente, para as propostas serem aprovadas pelo conselho, algumas condições foram estabelecidas. Nos casos das terceirizações das UPAs a condição imposta foi de inserir conselheiros nas comissões de avaliação destes espaços, a fim de fiscalizar as ações e atendimentos.

Deliberou-se e aprovou pelos conselheiros presentes com exceção da uma conselheira, a negativa de deliberar sobre a comissão de avaliação e fiscalização do contrato de gestão nº 066/FMS/2018 a qual executora Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino, Assistência Social e Saúde do Cidadão da UPA e foi solicitado maiores informações da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma acerca do papel desta comissão, além dos documentos referentes a manutenção do prédio, recurso financeiro utilizado neste e toda a sua instalação de equipamentos e utensílios tanto de equipamentos e recursos financeiros e decreto de criação. Também número de profissionais, carga horária dos mesmos, capacidade de fluxo de atendimento e também quais as empresas que participam da licitação e os critérios de escolha da OS, e qual recurso repassado mensalmente para o funcionamento da UPA. (Ata 498, 2018)

A gente tem dentro dos comitês da UPA, do Hospital Santa Catarina e também dessa unidade que foi privatizada, a gente tem conselheiros que fazem parte desses comitês. (E06)

Relativo a reunião da Comissão de Avaliação da UPA, e de acordo com as avaliações, estavam tudo dentro da normalidade, e 3 % analisaram os atendimentos como médio, o restante das avaliações foram favoráveis. (Ata 521, 2019)

Posteriormente, em 2019, foi apresentado ao CMS o projeto de adequação de uma policlínica em outra UPA 24hs. Quanto à forma de gerenciamento, a mesma ainda não estava definida naquele período de apresentação da proposta (Ata 522, 2019). Desta maneira, um conselheiro se manifesta:

A proposta é aprovar porém não conseguiram trazer as informações necessárias, não tem data, não tem valor, não tem projeto, não conseguimos saber quem vai administrar, questionou aonde está o projeto arquitetônico. (Ata 522, 2019)

Pontua-se a escassez de debates e ações do CMS, evidenciando a necessidade do conselho em se aprofundar e esgotar o espaço de discussão e enfrentamento.

Infelizmente a mídia na cidade ela é muito vinculada ao prefeito, daí eles vão para mídia dizer que o CMS não tá deixando a prefeitura trabalhar, não quer que o serviço melhore, venda de que é melhor privatizar, que é melhor que é uma gestão privada. Então, a mídia vem desconstruindo todo o trabalho dos servidores, dos trabalhadores de saúde nessa questão, é o que facilita a população aceitar uma privatização mais fácil, então é a voz do sindicato e de parte do CMS dizendo que a privatização não atende aos princípios do SUS e tem toda a mídia e a prefeitura dizendo que isso realmente é bom, que vai oferecer mais serviço, que vai economizar... (E06)

As evidências indicam que para reduzir as desigualdades sociais em saúde, o compromisso político é essencial. No SUS, onde a participação social no processo político é de suma importância, o fortalecimento de órgãos participativos, como os conselhos municipais de

saúde, pode melhor emancipar os cidadãos no debate fundamental sobre os papéis públicos e privados no setor de saúde (MCGREGOR *et al.*, 2017). Além disso, um estudo realizado em Barcelona, aponta que a participação dos profissionais de saúde pública produziu um plano de ações de melhoria para enfrentar as desigualdades de forma participativa e quase certamente com maior capacidade de envolver os trabalhadores do que se essas medidas tivessem sido propostas pela gestão (PÉREZ *et al.*, 2022).

Durante uma reunião do conselho realizada de forma itinerária no bairro (Ata 12, 2020), o Secretário de Saúde anunciou que aquela comunidade além de ter uma UPA, poderia contar com mais 2 (duas) equipes de ESFs, sendo denominada Unidade Mista.

“Todos os serviços da policlínica do Rio Maina serão transferidos para cá (UPA) com acréscimo de 2 (duas) equipes de ESF (SIC)”. (Ata 12, 2020)

O Conselheiro faz os seguintes questionamentos à Gestão: 1-Foi feito cálculo de valores, para fins de saber se compensa esta mudança? 2-Estas mudanças vão contemplar a quem? 3-A UPA vai ser gestão própria ou terceirizada? (...) qual é a garantia que esta mudança vai contemplar o que a comunidade necessita. (Ata 12, 2020)

No ano seguinte o Secretário de Saúde também fala em reunião do conselho que já estão em fase de colocação de móveis e equipamentos e a ideia é inaugurar a nova UPA em 2022. (Ata 44, 2021), todavia a forma de gestão da unidade não havia ainda sido discutida.

Diz que não podemos perder o momento em que o Governo Federal está habilitando UPAS em todo o Brasil e já foi aprovado na CIR e a CIB aprovou e agora precisamos da aprovação do Conselho de Saúde. Diz o Secretário que a sequência do processo de contratação de quem vai gerenciar a unidade deve ser discutido e aprovado pelo Conselho. (Ata 44, 2021)

A partir de então surgiram questionamentos sobre a forma de administração da UPA e sugestões para o embasamento da decisão dos conselheiros foram incluídas como ressalva para a aprovação da habilitação:

O Presidente do Conselho enfatizou que para aprovação da habilitação ficará como ressalva que a discussão de quem vai administrar a unidade deverá passar por discussão no Conselho de Saúde. (Ata 44, 2021)

“Conselho aprova a habilitação da unidade 24 horas do Rio Maina com a obrigação de que o Gestor traga a discussão da possibilidade ou não da gestão assumir a unidade (proposta de uma conselheira), levando em conta a comparação das UPAS já existentes e caso fique para entidade privada que a licitação seja acompanhada pelo Conselho e obrigatoriamente aprovada pelo Conselho em Reunião chamada para este fim”. A proposta única de habilitação da UPA 24 horas do Rio Maina foi aprovada por unanimidade. (Ata 44, 2021)

Entretanto, em reunião seguinte, no momento dos informes, a Secretaria de Saúde pede que seja indicado um representante do Conselho para participar do edital de chamada pública para seleção da Organização Social responsável pelo gerenciamento e operacionalização do conjunto de atividades para UPA 24 horas do Rio Maina (Ata 46, 2021). Assim, pode-se identificar que o processo se deu com poucos debates e contestações por parte do CMS.

Dessa forma, mesmo com a presença de um representante do CMS na fiscalização dos serviços das UPAs, conforme pontuado por Moraes *et al.* (2018), as OSs tornam a referendar antigas práticas que vão distanciando o sistema de saúde brasileiro de sua condição de público e democrático (MORAIS *et al.*, 2018).

De forma semelhante, Oliveira *et al.*, (2019) registram que o SUS ao admitir serviços privados por meio de contratos e acordos, reduz sua capacidade de condicionar o fornecimento às prioridades e necessidades de saúde da população, pois a dinâmica do mercado segue a lógica da oferta, e não da demanda. Assim, os preços podem ser arbitrários, e o fornecimento pode se basear exclusivamente naqueles procedimentos que o prestador de serviços privados decide ofertar. Logo, o SUS deveria optar por uma lógica de demanda requerida, e não por uma lógica de oferta determinada pelo setor privado.

4.2.2.3 Terceirização do laboratório municipal

Os laboratórios de análises clínicas foram uma das primeiras das chamadas atividades-fim na saúde a serem inteiramente terceirizadas em hospitais e serviços de saúde em geral. De acordo com a literatura a participação de laboratórios privados no SUS superou o dos laboratórios públicos e vem aumentando (VELOSO, 2004). Com isso a queda nos equipamentos e postos de trabalho, e o crescimento das terceirizações em laboratórios públicos reforçam o panorama de substituição prestadores públicos por prestadores privados no SUS (SANTOS, 2012).

A implantação de um novo modelo de gestão/terceirização do laboratório foi alvo de um debate mais amplo no conselho, conforme narrativas:

O Secretário de Saúde, afirmou que a prefeitura tem uma opinião formada em não fazer concurso público. (...) solicita a aprovação do Conselho Municipal de Saúde para a terceirização dos serviços laboratoriais no município. (Ata 09, 2019)

Conselheiro se posiciona contra a terceirização nos serviços públicos na saúde em Criciúma e lembra que a terceirização não tem se mostrado eficiente. Outra questão é a atitude do poder público municipal em optar por não fazer concurso público. Segundo o Conselheiro o Poder Público não tem a discricionariedade em fazer concurso público, mas sim a obrigatoriedade em fazer concurso público, conforme já se manifestou o Ministério Público e determina a legislação. (Ata 09, 2019)

De acordo com a literatura, as OSs, por priorizarem as transferências de recursos do Estado para entes de direito privado, em vez de fortalecerem a administração própria, respondem aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde. Além disso, as OSs podem estar servindo para, atendendo aos interesses do complexo médico-industrial-financeiro, especialmente do industrial, permitir a manutenção e o fortalecimento de grupos de poder favoráveis a essa política no aparelho de Estado. Outros interesses desse complexo no campo dos serviços privados de saúde podem também estar contemplados por meio da quarteirização dos seus componentes mais lucrativos para grandes empresas, como laboratórios e diagnóstico por imagem (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Representante do Laboratório Municipal diz que sempre ouviu falar pelos laboratórios conveniados, que o SUS dá prejuízo, mas, segundo ela: “se eles não querem perder é porque dá lucro”. (Ata 09, 2019)

O bioquímico do laboratório municipal há mais de 20 (vinte) anos afirma, que o laboratório municipal tem capacidade para realizar número maior de exames, conforme a demanda população e o envio advindo da Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo pede para que se pense melhor, sobre a terceirização proposta, pois acredita ser esta desnecessária. (Ata 09, 2019)

As opiniões dos conselheiros divergem sobre o tema. Enquanto alguns apontam a precarização dos serviços, outros sinalizam a facilidade de acesso aos usuários pela capilarização dos serviços laboratoriais:

Não podemos agora simplesmente terceirizar o SUS, terceirizar equipes de saúde, com contratos precários, com processo seletivo de 2 (dois) anos. E enfatiza o Conselheiro supracitado: “Precisamos ampliar sim! Os serviços do SUS, mas não terceirizar o atendimento do SUS”. (Ata 09, 2019)

Outra conselheira entende que muitas pessoas não podem pagar 4,25 (quatro reais e vinte cinco centavos) para se deslocar até o laboratório principal. Assim, salienta a importância dos laboratórios conveniados, pois, estes estão mais próximos da comunidade, assim, entende ser positiva a terceirização para maior acessibilidade do usuário. (Ata 09, 2019)

“se a prefeitura mostrar que o custo é menor e o serviço é de melhor qualidade, a terceirização é positiva”. (Ata 09, 2019)

No que se refere à precarização, de acordo com Druck (2016), a terceirização incorpora e sintetiza as seis dimensões de precarização do trabalho, sendo: (a) formas de mercantilização da força de trabalho, diante de piores condições de trabalho e salariais; (b) padrões de gestão e organização do trabalho; (c) condições de inseguranças e saúde no trabalho; (d) desemprego, ou a ameaça de desemprego, isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos resultantes da descartabilidade e da desvalorização; (e) enfraquecimento das formas de luta e representação

enquanto classe e (f) a crise do direito do trabalho expressada nos ataques à consolidação das Leis trabalhistas, por exemplo.

As autoras evidenciam que o processo de privatização dos serviços públicos via terceirização pode ser considerado como a forma mais eficiente de tornar hegemônica a concepção de um Estado gerencial, substituindo-se gradativa e rapidamente o servidor público concursado por relações de trabalho contratuais ou informais regidas por legislação do setor privado. Tais condições ocasionam instabilidade e a rotatividade dos trabalhadores, por meio de contratos precários e provisórios, com baixo padrão salarial e desrespeito aos direitos trabalhistas (DRUCK *et al.*, 2018). Ademais, com base na psicanálise freudiana, interlocutores de Freud e dados estatísticos, elucida-se que o processo de terceirização vem intensificando nos trabalhadores estados de vulnerabilidade, isolamento, desproteção e desamparo (LOPES *et al.*, 2020).

Desse modo, o avanço da precarização, por meio da terceirização do trabalho nas políticas públicas gera uma situação paradoxal. Essa política surge com a proposta de viabilizar e desenvolver ações de proteção a sujeitos e famílias em precariedade de vida; contraditoriamente, as profissionais que asseguram tal acesso aos direitos sociais básicos acabam elas mesmas vivenciando a precarização de suas condições de trabalho e de vida. Com isso, os autores concluem que o processo de ataque ao caráter universal, gratuito e de qualidade das políticas sociais ocorre em todos os níveis de planejamento e execução delas, incluindo as condições em que as profissionais executam o seu trabalho (BRANDOLT *et al.*, 2021).

Quando se toma por base os instrumentos de gestão municipais, a proposta de terceirização do laboratório também foi de encontro às propostas elencadas do Plano Municipal de Saúde do período de 2018-2021, período em que aconteciam os debates sobre o assunto. A estratégia 7 do plano indica a reestruturação física do laboratório municipal, entretanto não aponta a terceirização, conforme reforça o relato de integrante do CMS:

No item 7 (sete) da Programação Anual de saúde está posto o gerenciamento e fiscalização dos serviços públicos de saúde e dentro deste está os serviços de laboratórios. Lembra ainda a Conselheira que em nenhum momento foi pautada neste plano, a terceirização dos serviços de laboratório. (Ata 09, 2019)

No ano seguinte, em parecer referente a Terceirização dos Laboratórios, um conselheiro informa que houve mudança por conta do Poder Público o qual alegou não haver mais interesse na Terceirização dos Laboratórios e ficou de encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde uma nova proposta (Ata 10, 2020), o que é visto como êxito pelos conselheiros:

Uma grande conquista, eu acho, foi manter o laboratório municipal sem a terceirização, a gente conseguiu isso. (E05)

Evidenciando a importância da atuação do CMS neste processo, a fim de conter a terceirização do laboratório proposta pela gestão municipal.

4.2.2.4 Saúde do trabalhador

As desigualdades sociais e de saúde, expressas pelos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e trabalho da população impactam na disparidade dos indicadores mais objetivos da saúde, como a morbidade e mortalidade em um período histórico de determinada região (SOLAR; IRWIN, 2005; CARNEIRO *et al.*, 2015). A ocorrência de tais indicadores é influenciada pelos fatores de risco ambientais (CARNEIRO *et al.*, 2015).

O cuidado à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde deve levar em consideração a inserção destes nos processos produtivos, visto que o trabalho é determinante importante do processo saúde-doença. Assim, é essencial que as equipes de saúde conheçam o trabalho ou a ocupação dos usuários e incorporem esse conhecimento às ações de promoção, proteção e vigilância, assistência e reabilitação, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (AMORIM *et al.*, 2017).

Entretanto, estudo a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, identificou desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na sua utilização entre os trabalhadores, evidenciando que informais e desempregados, apesar de apresentarem pior condição de saúde percebida e maior frequência de limitações por doença para as atividades habituais, procuraram menos os serviços de saúde e receberam menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais (MIQUILIN *et al.*, 2013).

Além disso, a prevalência de pardos e negros (72%) entre os/as trabalhadores/as atendidos/as no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de João Pessoa/PB aponta a desigualdade racial que se expressa majoritariamente no mundo do trabalho precarizado. Desse modo, comprova-se que a maioria dos trabalhadores submetidos a condições precárias de trabalho que propiciam o adoecimento, é parda e negra (SILVA; ALMEIDA, 2017).

Neste âmbito relacionado à saúde do trabalhador, o CMS concentrou muito debate e enfrentamento nas reuniões, de modo especial, voltado ao CEREST do município. A respeito

do planejamento de ações do CEREST, um conselheiro aponta a necessidade de uma equipe multidisciplinar:

Falou dos ataques do prefeito contra a saúde do trabalhador assim como ao Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, e que dificulta a ação de interlocução entre o gestor a CISTT e o Conselho Municipal de Saúde. (...) por isso a necessidade do CMS empenhar-se com as demais instituições e entidades para, de fato, construir uma equipe multiprofissional para atender os trabalhadores das diversas categorias dentro de um único espaço que é o prédio onde funciona o CEREST. (Ata 502, 2018)

Podendo ser Regional, Municipal e Estadual, o CEREST varia sua abrangência e está localizado em todo o país. São vários centros responsáveis por articular (intra e intersetorialmente) as ações com relação à saúde do trabalhador em todos os aspectos, dando tanto suporte técnico, quanto apoio ao SUS no que se refere a dar assistência adequada aos trabalhadores. Com isso, o objetivo do CEREST é a prevenção e a vigilância da saúde do trabalhador, melhorando a qualidade de vida e as condições de trabalho. O CEREST é composto por uma equipe multidisciplinar que é responsável por desenvolver projetos e ações para promover e realizar a vigilância dos agravos à saúde do trabalhador, bem como traçar o perfil epidemiológico dos trabalhadores por região de saúde (MOLINA *et al.* 2016).

A coordenação do CEREST compartilha como planejamento, para 2018, várias ações a serem desenvolvidas, conforme relato:

... capacitar a rede de atenção básica de Criciúma (médicos e profissionais da enfermagem), a capacitação em vigilância do trabalhador (VISAT) para os fiscais da vigilância Sanitária. Capacitar os profissionais dos hospitais e vigilância epidemiológica. Fiscalizações de agravo nos postos de combustíveis. Redução de riscos (danos) nas agroindústrias. Redução de riscos (danos) sobre o amianto, principalmente, fiscalizar a comercialização deste material através de mapeamento. (Ata 502, 2018)

Todavia, a partir da fiscalização dos conselheiros, também foi possível identificar a dificuldade de efetivação de tal planejamento proposto:

...houve reunião da CIST, e que foi discutido, entre outros o Plano de Saúde do Trabalhador, que se aprovou no CMS e que nada foi feito ainda. (Ata 08, 2019)

Além disso, os CEREST devem articular-se como polos irradiadores em seu território de ação, em observância à cultura que perpassa a relação de trabalho, que pode culminar tanto em produção de saúde como em doença, tendo função de suporte técnico e científico da saúde do trabalhador. Deve atuar articulando-se também com toda a rede do SUS, de modo que os agravos decorrentes do trabalho sejam atendidos nos diferentes níveis de atenção do SUS (SANTANA; NEVES, 2017).

Nesse âmbito, outra proposta acrescentada por um conselheiro foi a de atuação nos hospitais, como ponto de fiscalização:

Estão fazendo um trabalho em cima das CATs, e nenhum CID está relacionado ao transtorno mental, sendo assim eles estão omitindo a informação, visto que o maior índice está relacionado ao transtorno mental relacionado ao trabalho, e finalizou dizendo que este é um trabalho da vigilância sanitária. (Ata 514, 2019)

Em consonância, Amorim *et al.* (2017) evidenciam que intervenções sobre os agravos e seus determinantes relacionados aos processos produtivos e ao modelo de desenvolvimento pressupõem ações articuladas e/ou integradas com outros pontos de atenção do SUS, em especial com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental e necessitam contar com o apoio do CEREST, dos movimentos sociais e representações de trabalhadores, e de instâncias como setores da fiscalização do Ministério do Trabalho e do Ministério Público do Trabalho, entre outros, configurando ações intersetoriais.

No entanto, o supervisionamento das ações e propostas elencadas no CMS que não foram cumpridas, resultaram em Denúncia sobre o desmonte da Saúde do Trabalhador em Criciúma, com a participação de sindicatos que demonstraram interesse em assinar junto com o CMS (Ata 34, 2021).

Não cumprem o termo de ajustamento de conduta feito, não cumprem o quadro mínimo de profissionais no CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalho há anos e que já tentaram duas vezes de colocar outros serviços naquele espaço sempre com a intervenção do MPT que foi contrário. A prefeitura vem negociando com o Conselho e temos isto gravado que nada seria colocado lá antes da elaboração de um plano municipal de saúde do trabalhador. (Ata 34, 2021)

Fala final do Procurador do MPT diz que o estrão participando e no eventual descumprimento estará esperando a formalização e possibilidade de descumprimento do TAC e provável novo termo se for preciso. (Ata 34, 2021)

A partir desta atuação do CMS, o plano municipal de saúde 2022-2025, contempla como um dos objetivos “Garantir a organização da atenção integral à saúde do trabalhador”, com a meta de criar a política de atenção à saúde do trabalhador, com base na política nacional e estruturar uma equipe técnica municipal voltada à saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, os conselheiros consideram que sua atuação foi exitosa em manter os serviços ativos no CEREST:

Meio capenga assim, mas a gente conseguiu ainda manter o cerest que a gente tem também, que trabalha com a saúde do trabalhador, então é um espaço importante que se manteve. (E05)

Nós estamos colocando no plano de gestão a questão da saúde do trabalhador, nós estamos questionando todos os problemas que tem relação com o trabalho. (E08)

Vale ressaltar também o papel da atenção primária, sendo que as características e a organização das práticas de saúde das equipes de saúde favorecem o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras ao cuidado da saúde, com qualidade e resolutividade e potencialmente capaz de apreender os mecanismos pelos quais o trabalho influencia suas condições de vida e saúde (AMORIM *et al.*, 2017).

Entretanto, os resultados do estudo de Amorim *et al.* (2017) demonstram que o cuidado à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos de trabalho particulares, requer a institucionalização do apoio, técnico e pedagógico, sistemático e de qualidade, de modo a qualificar as ações e assegurar a continuidade do cuidado de modo articulado com os pontos de maior complexidade e ou incorporação tecnológica. Nesse cenário, cabe aos CEREST um papel importante enquanto matriciador das ações, atuando junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a outros setores da Vigilância em Saúde, tendo por referência o processo de trabalho das equipes da atenção básica, buscando identificar momentos e estratégias mais adequadas e oportunas.

4.2.2.5 Saúde mental

No Brasil a Reforma Psiquiátrica guiou a necessidade de construção de um novo paradigma de cuidar em saúde mental e coloca em pauta a urgente transformação na oferta de condições de saúde e de vida para as pessoas com transtorno mental a fim de romper com a lógica da exclusão e segregação social (NÓBREGA; VEIGA, 2017).

Com a Reforma, as práticas profissionais realizadas no espaço do manicômio, embasadas pela psiquiátrica clássica, passam a ser modificadas. O enfoque biológico, psiquiatrizante, que prioriza a doença como foco de assistência no hospital, dá lugar ao sujeito adoecido, à sua subjetividade, à qualidade e produção de vida nos serviços substitutivos em saúde mental (SILVA; AZEVEDO, 2011).

Ao longo das décadas, as mudanças vivenciadas no tratamento ao portador de transtorno mental, algumas destas superficiais, outras efetivas, foram capazes de gerar impactos nas políticas públicas e no cerne da sociedade. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe contribuições, primeiro no que diz respeito às mudanças das condições precárias que eram vivenciadas dentro dos hospitais psiquiátricos; segundo, ganharam destaque os serviços substitutivos ao hospital, passando-se a vivenciar o território como cenário de resgate daquele

sujeito esquecido em um espaço limitado e cheio de regras de conduta (MATOS; MOREIRA, 2013).

Em meio a estas estratégias surge o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), como um dispositivo que propõe acolher os egressos ou não de hospitais psiquiátricos, que por falta de suporte social e/ou familiar, não tem condições de garantia de espaço adequado de moradia. Ressocializar, resgatar a autonomia desses sujeitos e incentivá-los a assumir uma posição de agentes ativos de produção de vida são objetivos do SRT (BRASIL, 2004). A respeito do tema uma conselheira reforça a importância da proposta de implantação de um residencial terapêutico para o município e registra que:

Embora tenha sido uma medida judicial o município de Criciúma pela primeira vez na história não destoa da política nacional, que é a redução dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos e ressalta que avançamos quando compactua com o município vizinho dentro de um hospital geral, este é o ideal de tratamento... E o compromisso deste conselho deveria ser acompanhar o residencial terapêutico para que este projeto saia... Ressaltou que não é contra o fechamento da Casa de Saúde, e que existem outras formas de cuidar, e não como um depósito de pessoas. Sugere que seja encaminhado por ofício ao Prefeito a importância desse residencial terapêutico sair o quanto antes indicando esses caminhos de financiamentos, para que a gente possa fortalecer essa rede substitutiva para que daqui algum tempo em uma outra gestão não possa ser credenciado só leitos novamente. ... Lembrou que não temos um CAPS I Regional, e que os municípios poderiam compactuar para que isso acontecesse. (Ata 473, 2017)

No final do ano de 2019 foram inaugurados dois serviços residenciais terapêuticos no município de Criciúma, que também contaram com a ação do CMS na fiscalização no uso dos recursos após sua implementação (CRICIÚMA...2019). Uma das ações que foi acompanhada e fiscalizada, com desfecho positivo, foi sobre a gestão de um residencial terapêutico, conforme indicam os relatos:

A gente conseguiu fiscalizar de uma forma muito efetiva o recurso que era conveniado com uma OS para o serviço Residencial terapêutico, que era uma OS evangélica de uma igreja. (E05)

A questão das unidades terapêuticas também a gente conseguiu fazer algumas denúncias a alguns serviços mal prestados, negligenciados... (E06)

...a principal irregularidade encontrada por ora é com relação aos salários dos funcionários. (Ata 11, 2020)

Ainda sobre o residencial terapêutico, um conselheiro destaca que as conquistas foram pontuais:

Teria que construir um prédio adequado, adaptado, com estacionamento, com acessibilidade. A gente não conseguiu isso, a gente conseguiu a melhoria do serviço pontual, mas a melhoria do espaço físico não. (E06)

O SRT conta também com o suporte de caráter interdisciplinar garantido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), ou outros serviços de saúde (BRASIL, 2004). Em relação aos CAPS, também foram alvo de debates no conselho, em particular, a respeito do acolhimento nestes locais:

Conselheiro relata que foi acolhido por uma funcionária a princípio não capacitada para o serviço solicitando assim informações sobre a estrutura, fluxo dos CAPS, entre outras demandas. (Ata 492, 2018)

A coordenadora da saúde mental do município relata que o acolhimento é realizado por uma equipe multiprofissional e que todos os profissionais estão capacitados:

Não tem psiquiatra para todas as pessoas demandantes do serviço, e que na acolhida passa-se meia hora no acolhimento, que é feito por uma equipe multiprofissional e que todos estão capacitados para tal serviço. A saúde mental é uma demanda bastante ampla e que requer profissionais habilitados para o atendimento. Saúde mental não é feita apenas nos CAPS, ocorre também nas unidades básicas e na rede de atenção básica. (Ata 492, 2018)

Além disso, outro ponto colocado em pauta várias vezes foi a saúde mental do município com ênfase na saúde do trabalhador e gerou descontentamento por parte dos conselheiros, haja vista o não comparecimento da coordenadora de saúde mental em algumas reuniões para discorrer sobre o tema, conforme narrativa:

...o problema da falta da vinda da coordenação se caracteriza realmente como um descaso, temos que sentar com o Secretário ou fazer outros encaminhamentos como acionar o Ministério Público. (Ata 41, 2021)

Após estes acontecimentos a coordenadora se fez presente na reunião do CMS e relata que:

Não existe nenhuma política mental de saúde do trabalhador no município e que foi criado uma comissão para escrever a política de saúde do trabalhador no município que deverá contemplar este tema, mas até hoje não temos nada que trate especificamente dos problemas mentais que adoecem os trabalhadores relacionados ao ambiente de trabalho e os problemas que este ambiente causa aos trabalhadores. (...) Diz que há preconceito e estão trabalhando com a desmistificação do estigma da doença mental, do transtorno mental, com a prevenção, com o pensamento biopsicossocial do tratamento. Diz que é uma política relativamente nova de 2001 e que vem se construindo num processo de lutas de trabalhadores, e população, de usuários e hoje trazer esta discussão para dentro do Conselho Municipal de saúde é de extrema importância dada a invisibilidade que a saúde mental sempre teve dentro das políticas públicas de saúde. (...) (Ata 43, 2021)

De modo geral, e tendo em vista que as políticas de saúde mental também estão sendo atacadas, o conselho estadual de saúde fez o chamamento para a realização das conferências em saúde mental. É fundamental fomentar debates sobre as questões de Saúde Mental para que nas conferências sejam elaboradas propostas qualificadas e assertivas. Esses eventos constituem

momentos ímpares de mobilização e reflexão para análise, avaliação e formulação das políticas públicas. O momento atual traz um conjunto de desafios a todos os coletivos, instituições e pessoas que lutam em defesa da democracia, dos direitos humanos e pela superação das profundas desigualdades sociais.

Desse modo, o município de Criciúma realizou a primeira conferência em saúde mental, que teve um impacto muito positivo ao potencializar e enriquecer o diálogo:

A gente tem vários debates na questão dos serviços de saúde mental e no consultório de rua a gente conseguiu chamar um debate para tentar fortalecer esses serviços, e em certo momento ele deu resultado, depois foi deixado de lado, recentemente a gente teve a primeira conferência Municipal de Saúde mental e a gente conseguiu de novo reacender esse debate sobre a saúde mental na cidade. (E06)

Em suma, as ações na área da saúde no município de Criciúma, tem se concentrado principalmente em ações na atenção especializada e hospitalar, em detrimento de ações na Atenção Primária e Vigilância da Saúde, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde e sinalizado por uma conselheira municipal de saúde que pede aos demais conselheiros que se atentem ao modelo de atendimento na saúde totalmente clínico e individualista que se avizinha (Ata 04, 2019).

4.2.3 Grupos minoritários

Conforme Dahlgren e Whitehead (2007) destacam, as avaliações equitativas dos sistemas de saúde são necessárias como o primeiro passo para combater as desigualdades sociais. Entretanto, ao fazer uma avaliação, é importante não só considerar o acesso da população de forma geral, mas também considerar as experiências dos grupos minoritários quando necessitam cuidados de saúde. A respeito da temática, versaremos sobre as seguintes categorias que surgiram no estudo, com base nas políticas de promoção de equidade em saúde, a saber: População Negra, População em Situação de Rua e População LGBT.

4.2.3.1 População Negra, População em Situação de Rua e População LGBT

As políticas de promoção da equidade no SUS surgem a partir da necessidade de viabilizar e otimizar o acesso àqueles grupos historicamente marginalizados e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O princípio da equidade busca reduzir as desigualdades sociais, pois essas surgem para além das diferenças biológicas, sendo as diferenças no estado de saúde pelas suas características sociais como renda, educação, ocupação, raça e etnia e o ofício de trabalho (BARATA, 2009).

Alguns temas envolvendo os grupos minoritários foram contemplados no interior no CMS em virtude, principalmente, da atuação dos representantes de uma entidade, Anarquistas contra racismo.

ACR que é Anarquistas Contra o Racismo se configura como (...) um coletivo antirracista e na estrutura do Conselho Municipal de Criciúma, existe uma espécie de uma cadeira assim para minorias sociais...(E05)

Tem alguns conselheiros que se identificam mais com algumas causas né? Fazia parte do Conselho a Associação dos anarquistas contra o racismo, então eles tinham um lugar de fala muito importante. Então isso enriquecia muito nosso debate. A gente conseguiu fazer alguns debates em cima da questão LGBT, da questão dos negros, a gente cobra muito que as unidades de saúde reconheçam a saúde do trabalhador. (E06)

Essas outras demandas a gente provoca essas entidades para que elas tragam e façam essas cobranças, no final o conselho consegue essas coisas todas em função dessas associações, dessas entidades... Então hoje dentro do conselho, tu não pode ter uma mesma entidade, por exemplo ter três sindicatos, só vai ter três sindicatos se as outras vagas não forem preenchidas e dentro daqueles que estavam inscritos escolherem outras entidades pra substituir, que pode ter mais um (...) Então são vários os segmentos que tem ali dentro... movimento de mulheres, negros, LGBT e outros movimentos que tem que ter. A gente fez assim para que tivesse mais qualidade e tivesse mais atuação. (E08)

Assim, neste caso analisado, observou-se, que basicamente representantes de apenas uma entidade tomaram frente, levantaram e chamaram a atenção para temas direcionados à promoção de equidade, o que resulta em uma importante representação, porém frágil na arena do conselho, podendo acarretar problemas no desenho das políticas, que posteriormente refletem-se na etapa de implementação. Conforme mencionado na literatura, a distribuição desigual de recursos e poder entre os atores e fraca articulação com outras organizações sensíveis à agenda pode reforçar barreiras à inclusão e perpetuar formas de exclusão da questão na agenda do conselho (PIRES, 2019).

No que concerne à atuação do CMS sobre a saúde da **população negra**, um conselheiro resgata fatores históricos envolvendo a chegada dos imigrantes no município:

Eu acho que a gente viveu um momento muito atípico com a chegada dos imigrantes negros na nossa cidade e nós ainda temos problemas sérios no acolhimento deles, pela língua, pela cultura, pela religiosidade e eu acho que nisso a gente não conseguiu avançar... a gente fez vários movimentos, chamamos a gestão para conversa, fizemos algumas propostas, mas não saiu do papel. (E05)

Historicamente, o impacto do colonialismo atinge a população negra, não apenas o imigrante negro. Mesmo após inúmeras mudanças, desde o período da escravidão, a população negra continua sofrendo pela violência e desigualdades que foram instituídas desde esse momento. No âmbito da saúde, as políticas existentes indicam que o SUS reconhece as injustiças existentes dentro da sociedade, porém ainda não existe uma perspectiva específica para a realidade da saúde dos imigrantes negros na organização dos serviços de saúde (SILVA, 2021).

Com o objetivo de promover manifestações culturais e integrar os colonizadores de Criciúma e região, reacendendo sua história e tradições o município de Criciúma sedia a Festa das Etnias. É um tradicional evento gastronômico que evidencia a cultura das sete etnias que colonizaram o Sul catarinense: italiana, alemã, polonesa, espanhola, portuguesa, negra e árabe (MILIOLI, 2019). Contudo, na edição da festa que ocorreu em 2019, atos racistas foram registrados (HOCKMÜLLER, 2019), o que culminou em nota de repúdio apresentada pelo CMS:

Correspondência encaminhada pelos Anarquistas Contra o Racismo, referente ato de racismo ocorrido durante a XXXI Festa das Etnias contra o grupo Et Op, que representava a Etnia Negra no evento. Conforme a nota, o grupo não conseguiu realizar a sua apresentação na noite do dia 13 de setembro de 2019, conforme previsto na programação oficial do evento, ficando registrado nota de repúdio no Conselho Municipal de Saúde sobre o impacto negativo deste ato de racismo sobre a saúde mental da população negra nesta cidade. (Ata 03, 2019)

A formação racista em que o país foi construído fundamenta uma sociedade que afirma as desigualdades pelo espectro da raça que influencia em como é organizada a sociedade em todas as esferas, inclusive nas relações pessoais (BARATA, 2009).

Embora as raças não tenham expressão biológica, como construto social elas têm importante impacto sobre as condições de saúde e o acesso e utilização de serviços de saúde (BARATA, 2009). O acesso e a adesão para a população negra têm diversos fatores limitantes que convergem para a oferta inadequada nos serviços de saúde, tais como barreiras estruturais, fatores sociais e econômicos, atuação dos profissionais, desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial (SILVA, N. *et al.*, 2020).

Com base na literatura, ao desenvolver estratégias específicas destinadas para grupos vulneráveis, é importante identificar e tentar intensificar os esforços para reduzir as causas existentes, tais como a discriminação devido à origem social ou étnica (ou ambas) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Assim, na elaboração de planos sobre o assunto, integrante do conselho relata o esforço do conselho:

Na saúde do imigrante temos o tensionamento de incluir essa pauta nos protocolos, nas políticas que a gente tem, mas ainda é muito pouco que a gente consegue avançar. (E05)

Nesse sentido, em busca de fortalecer a luta, a articulação do CMS com outros canais de participação é essencial.

A gente conseguiu articular assim com outros setores, por exemplo, o comitê técnico de saúde da população negra funcionou porque o conselho pressionou, a gente provocou bastante assim o comitê de mortalidade infantil também. A gente fez conferências importantes que fizeram bons documentos finais, a gente fez uma conferência de saúde da mulher, a gente cumpriu com as conferências municipais, a gente fez conferência de saúde mental, então a gente promoveu espaços que efetivamente tiveram participação e que efetivamente elaboraram bons documentos. O problema é que as pessoas não se apropriaram desses documentos, não acompanharam o desenvolvimento. (E05)

Desse modo, Silva N. *et al.* (2020) evidenciam que ações para a melhoria do acesso aos serviços de saúde para a população negra já são realizadas, porém existe a necessidade de maior monitoramento e avaliação para o seu efetivo estabelecimento.

Atrelado a isso, para a desconstrução do racismo institucional, que atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial, precisa-se de políticas públicas que provoquem uma desrracialização (LÓPEZ, 2012). Acerca disto, os conselhos e movimentos sociais podem contribuir fortemente a partir de sua atuação a fim de fortalecer e orientar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Outro tema abordado pelo CMS foi sobre o consultório para **população em situação de rua**. Todavia, uma conselheira relata a dificuldade de discussão do assunto nas reuniões do CMS em decorrência de vários adiamentos da pauta, evidenciando como o tema é tratado em segundo plano:

A população de rua, eles são muito relegados assim, até agora no plano de saúde tinha dois itens lá da população de rua. Eu sempre fui, eu sou uma defensora do pessoal e queria poder fazer mais, mas assim as discussões são bem pequenas com relação a isso. (E07)

Em um dado momento, o tema foi pautado várias vezes em reuniões do CMS, contudo apenas na quarta tentativa de apresentação sobre Consultório na Rua é que finalmente foi possível o debate (Ata 517, 2019).

A incorporação da visão de mundo desses segmentos sociais é essencial à produção de serviços em saúde, para além das características sociodemográficas e epidemiológicas. No caso particular da população em situação de rua, Carneiro Junior *et al.* (2006, p.32) acrescentam que “a perda do potencial crítico de contestação e de cobrança das políticas sociais como direito de cidadania poderia determinar uma existência cuja sorte coloca-se subjugada à vida na metrópole”.

A inclusão social deve prevalecer nas concepções e nas práticas dos serviços, produzindo ações que mantenham a saúde de forma integral e promovam a capacidade dos sujeitos na recuperação de sua autonomia e responsabilidade. Para que isso ocorra, é necessário conceber e organizar processos de trabalho que deem visibilidade a esses grupos sociais. Os autores acrescentam que um dos níveis de atenção à saúde que oferece maior possibilidade de construção dessas práticas é a APS, pois se constitui um importante espaço para a realização de processos de trabalho em saúde mais horizontais e está inserida, necessariamente, em um determinado território social (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006).

Neste aspecto o conselho pode ser uma importante ferramenta para dar visibilidade às demandas que são silenciadas, além de fortalecer os serviços de atenção à saúde voltados para a população em situação de rua. Sobre a fiscalização do Consultório na Rua (CnR) pelo CMS, os conselheiros destacam entraves como a contratação de profissionais:

Sobre a questão dos profissionais do Consultório de Rua, que não tiveram os contratos renovados pela Gestão. Explica que eram 4 (quatro) profissionais que atendiam aproximadamente 200 (duzentas) pessoas extremamente vulneráveis no município de Criciúma e que dois destes profissionais tiveram seus contratos vencidos em 09/04/2020. Diz que foi pedido a recontração mas, o RH (Recursos Humanos) da prefeitura negou e estes profissionais foram simplesmente desligados do serviço em plena pandemia. (Ata 14, 2020)

O Presidente do Conselho de Saúde apresenta questionamento sobre o desligamento de 2 profissionais do consultório de rua, pela Secretaria de Saúde Municipal. (Ata 15, 2020)

Em resposta à esta demanda, a representante da Secretaria e o secretário de saúde, apontam a falta de recurso como principal motivo para a não recontração dos profissionais para atuação no CnR:

O contrato destes profissionais encerrou e a Secretaria tentou fazer contrato emergencial, o que não foi possível, por não ter mais recurso federal. O presidente do Conselho pergunta se a prefeitura não pode continuar com recurso próprio? O Secretário de Saúde responde que por enquanto não, por falta de recurso. (Ata 15, 2020)

Em sintonia com os relatos supracitados, Barata (2016) destaca que a utilização dos serviços de saúde se realiza na dependência da disponibilidade de serviços e recursos humanos, da facilidade de acesso, das formas de financiamento e remuneração aos prestadores.

No que se refere aos serviços de saúde, os equipamentos sociais públicos, geralmente, não promovem uma política de atendimento que responda às necessidades e demandas da população em situação de rua. Alguns autores consideram que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, frequentemente, não estão capacitados para o atendimento dessa população, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e rótulos. Persistem, ainda, problemas de acesso, ações de caráter paliativo e higienista, medicalizadoras, pautadas em um modelo unicausal e, no máximo, multicausal da doença (PAIVA *et al.*, 2016).

Consentimos com as autoras sobre a afirmativa de que compreender a população em situação de rua, suas peculiaridades, sua vida, seus problemas de saúde não resolve o problema da desigualdade e exclusão social (PAIVA *et al.*, 2016). Todavia, assim como as autoras destacam que a pesquisa é um caminho, enquanto mecanismo de conhecimento e denúncia social, acrescentamos o papel do CMS nesse movimento, uma vez que ambos possibilitam dar visibilidade à população em situação de rua, a fim de que se promovam ações no sentido de estabelecer políticas públicas mais universais e equânimes.

No tocante a população **LBGTQIA+**, conforme previamente citado, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT visa promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013c). Portanto, faz-se necessário conhecer e reconhecer as vulnerabilidades e especificidades desta população para apontar as demandas no campo da saúde da população LGBT bem como avaliar se seus objetivos foram alcançados (PRADO; SOUSA, 2017).

É preciso reconhecer que a população LGBT não é apenas formada por uma multiplicidade de orientações e identidades de gênero, mas que tais identidades somam-se a outros marcadores de desigualdades sociais, como faixa etária, raça/ etnia e classe social, que interferem na demanda e no acesso ao serviço, além de serem produtoras de discriminação, como no caso de jovens moradores de favelas. A desigualdade em relação às leis e o acesso a espaços e serviços públicos surgem assim como questões importantes para investigação e intervenção (BITTENCOURT; FONSECA; SEGUNDO, 2014).

No que diz respeito às políticas de saúde voltadas para a população LGBT, os debates foram escassos no CMS:

Eu acho que na saúde LGBT a gente avançou muito pouco, tem descrito no plano Municipal de Saúde de Criciúma que é preciso que exista um coletivo que acompanhe o plano Municipal e que pense sobre isso, e isso não existe. (E05)

A questão de ter uma política pública voltada para o público LGBT e a questão da saúde do trabalhador, que a gente cobra bastante. (E06)

Essa situação, implica na necessidade de ampliação e fortalecimento da representatividade dos grupos em situação de vulnerabilidade, além de criar condições e estratégias para que tais grupos participem de forma ativa, o que demanda um avanço no caminho do empoderamento.

Estes achados se coadunam com àqueles apontados em pesquisa realizada previamente no CMS em questão:

Assim, é nesse cenário que surge o papel fundamental da educação na formação do cidadão, bem como de práticas que valorizem o empoderamento, através da informação e conscientização da comunidade, quanto à sua participação em assuntos comunitários, políticos e na gestão em saúde, o que pode contribuir para a criação de cidadãos capazes de vivenciar a democracia na sua plenitude, atingindo, assim, melhorias para o coletivo. Cabe considerar, ainda, a importância da promoção da melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, além da inclusão de uma função educativa, primordialmente, em educação política, ética e teórica, a fim de qualificar a tomada de decisões por meio de um diálogo público inclusivo e consciente (BORTOLI; KOVALESKI, 2019, p. 1177).

Vale salientar a importância da participação de entidades que levantem tais bandeiras, no sentido também de despertar o engajamento dos demais conselheiros.

Vai ter uma atividade LGBT que vários conselheiros estão juntos na organização e nos aproximamos bastante dessa causa... ela fazia uma luta muito grande e ela trazia bastante a questão das leis. (E07)

O percurso histórico pôde nos mostrar como as políticas e os direitos das populações LGBT têm alavancado discussões atinentes, marcando fortes rupturas na forma de olhar para as questões sexuais e de gênero no campo da saúde. Essas inflexões têm sido fruto de um intenso diálogo entre movimentos sociais, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e outros que tentaram produzir uma nova política sexual. Contudo, essa caminhada também apresenta ambiguidades, silêncios e lacunas (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

As diferenças e a singularidade dos sujeitos LGBT não podem continuar sendo usadas como instrumento para perpetuar tratamentos desiguais, hierarquizantes, classificatórios e discriminatórios, mas sim para promover a emancipação humana e uma sociedade livre de preconceitos e opressões de diferentes matizes. A diversidade, nas mais variadas formas, deve

ser vista e trabalhada como própria da condição humana, tendo em vista que somos diversos e plurais e nisso residem a democracia e a garantia dos direitos sexuais e humanos (DUARTE, 2014).

As questões de gênero e sexualidade precisam ser trabalhadas na sociedade como um todo, sobretudo, nos contextos da educação e do trabalho em saúde. Trata-se de uma demanda desafiadora para as políticas públicas, políticas estas que somente são possíveis por meio da democratização do Estado brasileiro, do compartilhamento de uma ética cívica, laica, que permita alcançarmos coletivamente mínimos de justiça (SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019).

Associado a isso, deve ocorrer uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e de sociedade, em que se possa aliar fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais. Nesse bojo, as políticas, programas e ações para a saúde das populações LGBT se tornaram também um exercício de resistência nesses tempos de inúmeros ataques. Ainda que a luta para implantar a Política esteja apenas começando, olhar para esse aparato macropolítico e macroinstitucional de conquistas LGBT nos faz ter novas esperanças para o futuro do SUS (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

Por fim, nesta acepção, em análise ao Plano Municipal de Saúde de 2022-2025 identifica-se que o mesmo também passa a incorporar como metas nesse âmbito a criação e implantação de linhas de cuidado de atenção à saúde da população negra, da população LGBT, da população em situação de rua e à saúde integral do Homem, todas com base na política nacional.

5 DISCUSSÃO

A luta da sociedade civil pela efetividade de direitos sociais e democratização das relações políticas em sociedade está marcada na recente história brasileira. Um dos propósitos era a realização da justiça social, “através da construção de um Estado democrático com políticas voltadas para abrandar o fosso social marcado pela desigualdade através da implementação de políticas redistributivas, e que reconhecessem a universalidade dos direitos da cidadania”. A construção da democracia aqui foi ancorada na luta, na prática política de atores que através de um amplo debate travado pelos movimentos sociais e pelos partidos de esquerda buscou também a mudança no padrão de relações entre Estado e Sociedade, construindo-se uma “nova gramática social” e proporcionando uma nova configuração ao Estado (MARIO, 2018, p.27).

Em face do exposto, a expansão das IPs no Brasil constitui, por um lado, um movimento de pluralização dos espaços de poder e da capacidade de interferência de grupos sociais historicamente excluídos da capacidade de influir nas decisões públicas. As instituições participativas vêm promovendo no Brasil, dessa forma, um processo de redução das desigualdades políticas (DUBROW, 2010 apud LOPEZ; PIRES, 2010).

Por outro lado, a mera existência e operação formal de espaços institucionalizados de participação nas políticas públicas, tal como os conselhos de saúde, não garantem a realização de seu pleno potencial democrático. Conforme apontado na literatura, procedimentos democráticos justos por si só não garantem resultados justos, sendo assim a legitimidade e autoridade democrática não estão dados pelos procedimentos adotados (MARIO, 2018).

Nesse sentido, Mario (2018) propõe dois percursos metodológicos para pensar a justiça das políticas públicas, um através de uma análise do desenho e dos procedimentos institucionais, outro, através da análise das ideias e valores que sustentam essas instituições e orientam os atores que delas fazem parte.

No presente estudo, seguimos o caminho marcado por uma análise inclinada para o papel dos atores, das ideias e dos valores em jogo para o entendimento do processo e dos resultados das políticas de saúde. Ao evidenciar o papel dos atores, pode-se identificar que aquelas entidades representativas das minorias sociais ou aquelas que possuem uma proximidade dos grupos historicamente silenciados e marginalizados dos processos decisórios foram capazes de influenciar no processo de formulação das políticas públicas de promoção de equidade, contribuindo ao direcionar ações condizentes com as demandas desses grupos, mesmo que de forma parcial em algumas situações.

Conhecer as concepções de justiça das pessoas nos permite entender os problemas enfrentados pela política e fomentar políticas públicas mais justas, haja vista que as políticas públicas envolvem valores sustentados pela sociedade (MARIO, 2018).

Ainda, a associação de uma perspectiva multidimensional e interseccional da desigualdade com um olhar atento aos processos de implementação de políticas públicas e aos seus efeitos sociais abre um leque possibilidades que:

Fundamentalmente, permite elucidar um fenômeno ainda pouco conhecido e estudado, mas que, dada sua extensão na vida cotidiana das pessoas, pode ser entendido como um motor importante de reprodução das desigualdades sociais já existentes. Além disso, oferece base conceitual e analítica para: i) abordarmos como as diferentes formas de desigualdades e experiências de exclusão são tratadas cotidianamente nos atos de Estado; e ii) explorarmos as repercussões sociais provocadas por processo de implementação sobre sujeitos e grupos vulneráveis, em termos do reforço à rejeição e à manutenção de posições sociais inferiorizadas. (PIRES, 2019, p. 21)

Todavia, há dois riscos inerentes às políticas sociais quando se trata da sua efetividade para a redução das desigualdades. O primeiro risco trata-se da insuficiência destas políticas, isto é, baixo financiamento, pouca articulação e baixa institucionalidade. Porém, segundo o autor observa, há outro problema, menos estudado, mas que denota um paradoxo relevante: a possibilidade de que as políticas voltadas para a redução das desigualdades contribuam para o agravamento destas. O autor questiona se essa implementação não poderia ser um momento de “reforço e estabilização de relações sociais marcadas por desigualdades” (PIRES, 2017, p. 8).

Afinal, a implementação não acontece de forma integral, de acordo com o que foi estabelecido na formulação, havendo poder discricionário do agente implementador. Identifica-se, assim, grande influência das percepções subjetivas dos agentes implementadores sobre a política e sobre o público atendido, o que pode levar à “produção institucional da discriminação, da desatenção, da imposição de barreiras ao acesso, dos maus-tratos e da humilhação dispensados a grupos vulneráveis da população” (PIRES, 2017, p. 9).

Outros autores acrescentam a presença de um terceiro risco, complementar ao segundo, que pode engendrar a produção e reprodução de desigualdades pelas políticas públicas: o uso de instrumentos inadequados, capazes de travancar o alcance dos objetivos da política. Para além dos aspectos formais das políticas, a escolha e a operação dos instrumentos governamentais, podem influenciar a qualidade dos resultados alcançados, posto que instrumentos não são neutros, mas definem/fixam papéis, distribuem recursos e possibilidades de influência, e podem ter efeitos no sentido de reforçar ou mitigar padrões de desigualdade existentes (SPÍNOLA; OLLAIK, 2019).

A participação social nas políticas de saúde tem recebido atenção considerável nas últimas décadas. No entanto, as evidências de seu impacto permanecem escassas, no sentido de identificar os resultados da participação, cujo foco é identificar em que medida o envolvimento dos cidadãos consegue influenciar nas decisões e trazer benefícios para as comunidades (MITTON *et al.*, 2009; CONKLIN; MORRIS; NOLTE, 2015; LLOYD; KENNY; HYETT, 2021).

Neste estudo, avançamos na direção de produzir evidências da influência do envolvimento comunitário nos resultados da tomada de decisões e políticas públicas em saúde, no âmbito municipal, conforme sintetizado a seguir.

No âmbito da **Atenção Primária à Saúde** o CMS de Florianópolis conseguiu exercer uma apreciável influência nas decisões governamentais, principalmente com o levantamento das demandas e formulação de planos de ação, no que diz respeito aos recursos físicos, como construções e reformas de Unidades Básicas de Saúde, e na elaboração de política e programa municipal voltado à promoção da saúde, mesmo que de forma incipiente. Em particular, tais evidências corroboram com os achados de outro estudo que identifica uma positiva influência da participação comunitária nas decisões coletivas (BORTOLI; KOVALESKI, 2019).

Todavia, observa-se que, em outros aspectos, o CMS teve dificuldade de exercer influência nas decisões, mas conseguiu abrir um debate ou reenviar a discussão a outro momento. Esses resultados se relacionam aos expostos em outro estudo que revela que, embora os conselhos de saúde tenham responsabilidade legal e possuam características essenciais para a tomada de decisão, eles não têm poder para influenciar as decisões dos gestores em todas as situações (BISPO JÚNIOR; SERAPIONI, 2021).

Os conselheiros de Florianópolis também atuaram vigorosamente na identificação de problemas e demandas na contratação de profissionais das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Nesse quesito, muito embora o CMS tenha conseguido influenciar de forma parcial nas efetivas contratações, o mesmo conseguiu dar visibilidade aos problemas e exerceu impacto importante na etapa de planejamento a partir do plano municipal de saúde, que traça como meta aumentar a cobertura de saúde bucal. Além disso, no que tange o processo de trabalho, o CMS também exerceu influência de forma parcial, haja vista que não conseguiu reverter a decisão da gestão sobre a mudança do modelo de atenção primária, na perspectiva da implantação da lista de pacientes, porém com o amplo debate suscitado pelo conselho foi possível estancar sua progressão até que o estudo piloto possa ser realizado e servir de base para decisões futuras, o que aponta o trabalho crucial do CMS no monitoramento das ações. Por conseguinte, o CMS desvelou sua importante influência para o direcionamento das

discussões e tomadas de decisão da gestão até o corrente momento, a partir da argumentação sobre os riscos na alteração do modelo de atenção.

Já acerca das equipes do NASF, o conselho de Florianópolis realçou a perda de um importante apoio para as ações da ESF. Os problemas identificados com a mudança do modelo repercutem na fragilidade da proposta pela rotatividade de profissionais, em virtude dos vínculos trabalhistas estabelecidos por contratos temporários, e por perpetuar a manutenção de ações fragmentadas e especializadas, comprometendo a qualidade dos serviços em saúde oferecidos. Entretanto, mesmo não conseguindo influenciar nas decisões da gestão a ponto de retomar o modelo anterior das equipes NASF, identifica-se o afincamento do CMS em manter vivo o debate em defesa da continuidade de tais equipes.

De um modo geral, podemos constatar que a APS tem um lugar central nas discussões do CMS de Florianópolis, colocando o conselho como importante espaço de visibilidade e resistência, que desta forma tem procurado influenciar o processo de formulação da política pública a fim de reduzir as desigualdades na APS.

Entretanto, as discussões no CMS de Criciúma no âmbito da APS foram exíguas. O CMS atuou no levantamento de demandas, destacando a necessidade de contratação de profissionais, especialmente médicos, e melhoria da infraestrutura das UBSs, com reformas e novas construções de unidades de saúde, que correspondem a requisitos mínimos indispensáveis para uma atenção à saúde de qualidade. Trata-se de reivindicações do CMS e dos movimentos comunitários, que parcialmente foram acatados e influenciaram as intervenções dos decisores políticos.

Ainda, em Criciúma, diferente do município de Florianópolis, as parcerias via contratualização com OSs tornaram-se meio de implementação e ampliação das ações de saúde na APS. O CMS fez um breve tensionamento para evitar a privatização na Unidade de Saúde Central, mas não foi o suficiente para impedir. Relativamente à terceirização nos demais pontos de atenção, o único processo de terceirização que o CMS cricumense conseguiu sustar foi no caso do laboratório municipal, apoiado também pelas propostas do Plano Municipal de Saúde. O CMS também não conseguiu barrar a privatização nas UPAs e hospital do município, igualmente como ocorreu com a implantação de OSs na APS. O processo se deu com poucos debates e contestações por parte do CMS, em todos os casos, sendo que ao final os conselheiros sempre aceitaram a terceirização ou privatização da APS, UPA e outros serviços, contentando-se com algumas contrapartidas de pequena relevância, ou seja, negociações que dão poucas vantagens aos cidadãos usuários do SUS. Estes resultados vão ao encontro dos achados de outro

estudo com conselhos municipais ao revelar que a participação cidadã ainda é limitada (BARDALL, TORRES, 2020).

Também no caso de Florianópolis o conselho não conseguiu influenciar nas decisões da gestão a ponto de barrar a proposta do governo municipal de terceirização das UPAs, mas a privatização restringiu-se à estes casos, não avançando nos outros setores e, diferente do que ocorreu em Criciúma, um amplo movimento de resistência foi instaurado na cidade contra a implantação das OSs, com a intensa mobilização e diálogo do CMS travado com a sociedade, bem como entidades sindicais e organizações da área. A fraca mobilização comunitária em Criciúma em torno destas questões pode ser reflexo da divergência de opinião dos conselheiros sobre a terceirização dos serviços, mas também nos leva a questionar se pode estar atrelada à falta de informação e assessoramento às comunidades, desinteresse no tema ou ausência de apoio das associações comunitárias para fazer uma oposição determinada.

Ainda no tocante à **continuidade do cuidado** e ações executadas nos demais pontos de atenção, o CMS de Florianópolis exerceu influência parcial, sobretudo na etapa identificação de problemas e elaboração de propostas quanto a fila de espera na atenção especializada e acesso a medicamentos, incluindo-as no plano municipal. No campo da saúde mental o conselho, depois de muito diálogo, contribuiu para a garantia do vale transporte, além de incorporar a proposta de implantar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Norte da Ilha no plano municipal de saúde.

Já no CMS de Criciúma, a fila de espera para as especialidades também foi um ponto de debate, porém o conselho não conseguiu influenciar significativamente. No setor da saúde do trabalhador, a necessidade de uma equipe multidisciplinar no CEREST e a atuação nos hospitais como ponto de fiscalização, fizeram parte do plano de ações do conselho. No entanto, as propostas elencadas no CMS não foram cumpridas, destacando que neste caso a voz do CMS não foi acatada pelos decisores. Uma ação exitosa do CMS foi inserir as demandas que versam sobre a saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, porém a partir de então o empenho do CMS deve voltar-se para o monitoramento, a fim de verificar se realmente será garantida a atenção integral à saúde do trabalhador ou se será somente uma posição formalmente assumida sem efeitos práticos. No campo da saúde mental o CMS foi capaz exercer influência devido a proposta aventada de implantação de um residencial terapêutico. Foram implementados dois residenciais terapêuticos no município que também contaram com ações do CMS na fiscalização e acompanhamento no uso dos recursos e serviços prestados. Além disso, o município de Criciúma realizou a primeira conferência em saúde mental. Em suma, as ações na área da saúde no município de Criciúma têm se concentrado principalmente

em ações na atenção especializada e hospitalar e o CMS desenvolveu uma ação mais de denúncia e de elaboração de propostas.

Com base na abordagem que ganhou bastante destaque na literatura, o ciclo das políticas públicas, desdobrado a partir do trabalho de Lasswell (1956), os CMSs, especialmente o de Florianópolis, também foram capazes de produzir resultados nas etapas do ciclo das políticas públicas de saúde, principalmente na identificação de problemas e demandas, e planejamento, a partir da elaboração de planos e propostas de intervenção voltadas para os **grupos minoritários**, orientando ações voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais de saúde desta população no município. Em menor medida no monitoramento. No que tange os estudos sobre as instituições participativas por meio desta abordagem, é importante destacar que as IPs podem assumir centralidade em determinadas etapas do ciclo e ser pouco ou nada relevantes em outras etapas. Tal variação tende a fazer com que distintos atores, à medida que avaliam diferentemente a importância de cada etapa e/ou variam seus recursos e capacidades de intervenção em cada uma delas, tenham uma avaliação diferenciada em relação à participação nas IPs (SILVA, 2011).

Quanto a atuação do CMS de Criciúma nas políticas de promoção de equidade, foram escassos os debates e com pouco avanço das ações de atenção à saúde, conforme mostra o relato:

Eu acho que a gente avançou muito pouco, a gente tencionou bastante. (E05)

O CMS cricumense foi capaz de exercer influência em manter em funcionamento o comitê técnico de saúde da população negra e na elaboração do PMS com a implementação de linhas de cuidado de atenção à saúde da população negra, da população LGBT, da população em situação de rua. No mais, houve um esforço do conselho e tensionamento, em especial dos representantes de minorias sociais, na elaboração de planos voltados à saúde da população negra, porém não saiu do papel. Também quanto à fiscalização do Consultório na Rua (CnR) pelo CMS, os conselheiros atuaram a partir de denúncias e destacaram entraves como a carência de profissionais, tendo como principal motivo para a não contratação a falta de recursos, conforme apontado pela gestão.

Já em Florianópolis, a participação neste quesito foi mais ampla e intensa. Em referência à população em situação de rua, o importante diagnóstico de problemas realizado pelo CMS, evidenciou barreiras atreladas ao estigma e violência. No campo da elaboração de planos o conselho assinala a necessidade do transporte adequado para as eCR, ampliação dos serviços

prestados pelo consultório de rua, bem como os serviços de saúde mental, e a expansão das ações desenvolvidas na rua a fim de ampliar acesso.

Na esfera da saúde da população negra e quilombola, o CMS de Florianópolis identificou demandas como a dificuldade de acesso da população quilombola a medicamentos e vacinas da COVID 19, e a estigmatização e preconceito racial. Na etapa do planejamento de ações, a instituição propôs: a criação de uma política pública de vigilância sanitária voltada para os quilombolas, incluindo a vacinação das comunidades quilombolas como prioridade; a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, bem como desenvolvimento de processos de informação e educação para desconstrução de estigmas e preconceitos contra religiões de matrizes africanas; estratégias em saúde coletiva que considerem a interseccionalidade; e a formulação de protocolos capazes de direcionar as ações e atividades específicas para a população negra. Todavia a demanda de reativação do Comitê de Saúde da População Negra não foi efetiva.

No que concerne à saúde da população LGBT, na etapa de identificação das demandas o CMS de Florianópolis destaca as condições de vulnerabilidade às DST/Aids e o preconceito, que atuam como barreira de acesso a medicamentos e serviços. No que diz respeito ao planejamento, o conselho propôs: o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas, especialmente, em relação às DSTs; a descentralização do serviço de distribuição de medicamentos para ampliar o acesso. Para além do diagnóstico e planejamento de ações, o conselho promoveu a articulação com outras instituições participativas que culminaram na institucionalização do ambulatório de assistência à população trans; influenciou na abertura da Unidade de Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais e implantação dos protocolos de PEP, incluindo a dispensação dos medicamentos, nos Centros de Saúde municipais.

Ademais, outros elementos na etapa de planejamento de ações foram relevantes na análise dos três grupos em Florianópolis. O primeiro deles foi a atuação ativa do conselho na elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. O CMS influenciou a elaboração do PMS tendo diretrizes adequadas às suas propostas, tal como a implementação de linhas de cuidado para populações vulneráveis, que emergiram da conferência de saúde. O segundo, foi a realização das conferências livres de saúde da PSR, população negra e LGBT, evidenciando a articulação entre as instituições participativas.

Nota-se que as características desse processo de formulação de políticas públicas guardam uma arraigada relação com a representatividade destes grupos no interior deste canal formal de participação no setor saúde e o poder de pressão dos movimentos sociais, evidenciando que a participação social nos conselhos se torna essencial para consolidar a

presença dos grupos minoritários nas políticas sociais. Em concordância, Araújo e Teixeira (2013) demonstram que a análise da formulação de uma política de saúde passa não só pela compreensão dos contextos, mas, necessariamente, dos atores, sua origem, seu processo de constituição e motivações ao longo do processo.

Além do mais, a baixa representatividade dos grupos em situação de vulnerabilidade, principalmente no interior do CMS de Criciúma, pode explicar a parcial implementação de políticas voltadas à essa população. A sub-representatividade e marginalidade no debate público de minorias sociais, podem gerar um processo de reprodução da desigualdade, por isso a garantia de cadeiras para minorias sociais nos conselhos de saúde, a fim de aumentar sua representatividade no arranjo, é um caminho importante para ampliar a luta pela mitigação das desigualdades em saúde.

A produção da igualdade é ainda um horizonte distante, dado que a perpetuação da desigualdade social se apresenta como traço histórico, estrutural e cultural marcante das sociedades latino-americanas, mesmo nos períodos em que os países da região experimentaram crescimento e prosperidade econômica (CEPAL, 2017). Nesse sentido, o enfrentamento da desigualdade social requer reformas em estruturas e normas formais visando ao fortalecimento de sistemas de promoção e proteção social baseados em direitos, mas, também, ao enfrentamento de uma cultura, tanto no nível dos grupos sociais quanto no das instituições, que naturaliza a discriminação e o privilégio de alguns grupos sociais. Em um contexto como este, a igualdade de oportunidades, mais do que um ponto de partida, precisa ser entendida como um resultado a ser perseguido, pois é a estrutura social que determina a estrutura de oportunidades, e não o inverso (CEPAL, 2016).

Ainda, é preciso que os representantes das entidades nos conselhos se disponham a exercer um certo nível de ativismo, dado que:

“ por um lado, é necessário ser a voz que durante as reuniões e encontros rompe os silêncios e evita os adiamentos; por outro, é preciso ser o agente que promove melhor articulação e coordenação entre os grupos de interesse e as áreas técnicas do governo, impedindo que políticas genéricas e inexequíveis continuem a ser aprovadas. Afinal, permitir que o Estado, os seus representantes, as suas políticas públicas e as suas instituições sejam neutros em um ambiente desigual é uma forma de reforçar as desigualdades.” (SOUZA, 2019, p. 300).

Vale notar que, sob esse prisma, a seguinte explanação em uma das entrevistas constata o fraco ativismo no interior do CMS Criciumense, o que pode ter influenciado no processo decisório:

(...) Eu acho que faltou muito pro conselho em alguns momentos ser mediador e ser faca na bota, quanto precisasse sabe? Mas tenta o diálogo primeiro, porque o objetivo fim não é a visibilidade do Conselho e sim o sucesso da política pública, mas havia sempre uma inversão de valores nesse sentido. (E05)

Conforme coloca Avritzer (2010), na prática os espaços participativos podem tanto deliberar sobre questões importantes para a política pública, alvo do debate, quanto se constituir em meros corroboradores do discurso institucional. Seus efeitos podem ser tanto a democratização e o empoderamento dos atores da sociedade civil como a cooptação destes.

Nota-se também que os conselheiros de Criciúma manifestaram grande empenho no levantamento dos problemas a partir da implementação da ouvidoria do CMS, mas outras etapas ainda apresentam certa incipiência no que diz respeito ao nível de participação social, a exemplo do monitoramento, indo ao encontro da literatura (PEIXOTO, 2015).

O que faltava era esse acompanhamento do percurso das coisas mesmo e desse entendimento da política. A gente fez toda uma estruturação de como é que a gente ia acolher essas denúncias, como que tinha que chegar, prazo pra resposta, isso ficou muito bem articulado dentro do conselho assim, foi uma comissão que estudou, fez isso e tal... A gente focou muita energia em estruturar uma porta para receber isso, mas não pensou isso como um caminho a ser percorrido pelo conselho também. (E05)

No município de Florianópolis dois elementos foram abordados no sentido de contribuir com a etapa de acompanhamento da implementação das políticas. Um deles é a partir dos relatórios quadrimestrais disponibilizados pela gestão municipal no site da prefeitura, contudo exige muito tempo de análise, e outro é a atuação da secretaria executiva.

Isso é uma coisa que eu entendo como desafiador porque precisa estar constantemente comparando aquilo que se deliberou na programação com aquilo que trouxe o relatório e principalmente os relatórios do quadrimestre. (...) que demanda muito tempo, muita análise, tem que ter muita dedicação e que isso nem sempre todos temos... mas esse acompanhamento assim ao longo do tempo realmente é muito desafiador para os conselhos, para os conselheiros municipais, precisa ter muita dedicação e compreensão dessa complexidade. (E04)

Uma coisa que eu acho que é importante da estruturação do CMS Florianópolis, é a sua secretaria executiva, composta por Assistente sociais. Duas assistentes sociais de carreira, muito comprometidas com o conselho, que ficam nessa difícil tarefa de intermediar as informações da gestão com a informação da população (...) o conselho também é muito forte, mas eu acho que isso faz toda a diferença você ter uma Secretaria executiva que consolide, que marque as reuniões, que acolha as demandas e encaminha as demandas. Porque como é que o conselho vai operar, se não tiver essa pessoa, se não tiver esse grupo lá que receba dos conselhos locais e encaminhe para o Conselho Municipal... Esse papel da secretaria executiva é fundamental. (E04)

Contudo, o CMS de Criciúma não dispõe de estrutura e secretaria executiva, em consequência do não cumprimento do convênio previsto na lei n. 6541, de 2014, em que o município ficou responsável pela efetuação de repasse anual de recursos para o conselho

(BORTOLI; KOVALESKI, 2019). Um parecer da Comissão de Finanças do ano de 2021 pontua que o problema seguia afetando as atividades do CMS:

...o Conselho Municipal de Saúde de Criciúma entrou com diversas denúncias por descumprimento da Legislação e da inviabilização deste Conselho por parte do Gestor onde as atividades do Conselho têm que ser realizada em diversos locais diferentes por falta de condições estruturais, falta de estrutura administrativa, pois não tem Secretaria Executiva, não tem sala para dar andamento nas atividades administrativas, a sala está sem acessibilidade. (ATA 46, 2021)

Os conflitos sociopolíticos, representaram um forte obstáculo no funcionamento do conselho. Além disso, a realidade política é capaz de restringir o potencial de membros do público para influenciar a tomada de decisão do governo.

Ao destacar a participação social no monitoramento das políticas públicas como um desafio, Peixoto (2015) também registra a compreensão dos aspectos que constituem essa etapa por parte dos diversos atores sociais como um de seus principais entraves. Nesse sentido, faz-se necessário indicadores que sejam acessíveis e inteligíveis aos atores sociais interessados na política, além de um sistema que como um todo esteja sustentado dentro de uma razão dialógica em suas diversas variáveis (PEIXOTO, 2015).

Ademais, os estudos de caso apresentados nesta pesquisa mostram que a participação ativa, bem como a articulação entre os membros dos conselhos e os outros canais de participação, pode ser uma medida eficaz no acompanhamento das políticas, em busca de fortalecer a luta. Enquanto a falta de sinergia entre as IPs restringe a capacidade de influenciar políticas e projetos.

O diferencial do Conselho de Saúde é ter se articulado com essas entidades que estão sempre aí a luta, é ter resistido, porque a gente já fez reunião na praça com luz de vela... (E07)

Nesse aspecto, constata-se um avanço no que tange à discussão da saúde das populações vulneráveis por parte do controle social, no entanto, ainda é crucial implantar observatórios para monitoramento e avaliação das políticas. Para tanto, fortalecer a mobilização social, através dos conselhos de minorias, conferências livres, comitês de saúde, é um importante caminho para efetivação das medidas que emergem de tais demandas, considerando que a convergência entre Conselho Municipal de Saúde, Conferência Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde, impulsionam a luta pela redução das desigualdades no setor saúde.

À vista disso, participar de um debate ou deliberação de política pública envolve muitos obstáculos. Além da disposição e o valor que se atribuiu a essa ação política, é preciso dispor

de tempo e enfrentar as desigualdades dos recursos técnicos e políticos que cada um dispõe para a participação (MARIO, 2018).

Mas ainda estamos muito longe, ainda estamos muito aquém de realmente participar como tem que ser né na verdade... que como a gente é voluntário e a gente já tem uma vida cheia de coisa e a gente não consegue dar conta de tudo... (E07)

A área da saúde é uma área muito complexa e é importante que a gente tenha essas capacitações, esse treinamento... (E04)

(...) mas é aquela coisa muitas vezes, não tem dentro do Conselho também as pessoas capacitadas assim pessoas que possam fazer essa discussão. (E01)

No caso de Florianópolis, um diferencial é que a participação pública permitiu que especialistas externos, principalmente vinculados às universidades, realizassem capacitações para os conselheiros de saúde, abordando temas importantes definidos a partir de demandas dos conselheiros. Para além das capacitações, a parceria com as universidades pode ser ampliada com o intuito de auxiliar em assessorias técnicas e processo de monitoramento.

No âmbito dos CMSs além de recursos e capacitação, “o *empowerment* está condicionado também pelo padrão de sociabilidade da comunidade, que pode ser de caráter mais individual ou coletivo, dos valores sociais em questão e da relação que a comunidade estabelece com o serviço público de saúde” (BORTOLI; KOVALESKI, 2019, p. 1173). O que pode ser notado no caso de Criciúma, é o risco em virtude da redução da capacidade de resistência do conselho apenas à iniciativas individuais.

Quando vinha uma política que era do governo federal que por exemplo ia desmontar a atenção básica ou reduzir o recurso daí ninguém entendia nada, né? Então assim era sempre a questão do João, do Pedro e da Maria, das pessoas da comunidade. (...) um problema tem que fazer esse conselho pensar em política pública, não é o João, a Maria e o Pedro, o que essas pessoas estão nos apresentando de problema e isso tem que reverberar no coletivo. (E05)

Embora sujeito a barreiras individuais e institucionais, os estudos de caso sugeriram que a participação pública tem o potencial de facilitar a aprendizagem transformadora, pois os participantes parecem ser capazes de aprender com o processo. Ao mesmo tempo, narrativas sinalizam a relevância da visibilidade para pautas periféricas e a voz a atores invisíveis aos olhos da sociedade:

A gente deu visibilidade. Então acho que os avanços são mínimos, mínimos porque eu acho que a gente tensionou bastante, mas evoluiu pouco no sentido de não ter talvez continuidade (E05)

... a gente conseguiu pelo menos colocar um limite ou pelo menos que a velocidade fosse menor, diminui a velocidade para ver se a gente consegue fazer uma reflexão maior e talvez chegar a um outro ponto... (...) e a gente sabe com todas as desigualdades que a gente tem no nosso país, tem determinadas coisas que não tem como você absorver, né? (E01)

A visibilidade, a proximidade, a ocupação de espaços fundamentais nos processos decisórios, o confronto de demandas e a construção de uma agenda comum e condizente com as necessidades dos cidadãos, conforme apontado na literatura, trazem em última instância justiça social, a justiça que o sistema democrático representativo e competitivo até então não foram capazes de garantir (MARIO, 2018).

Vale frisar aqui a mudança significativa no contexto sociopolítico do debate sobre justiça social e saúde, pois nas décadas de 1980 e 1990 justiça social era abordada numa perspectiva distributiva, que se revertia com reflexões acerca da distribuição de recursos e acesso a ações de saúde, enquanto no momento atual passa a ser incorporada também a necessidade de uma política de reconhecimento (PONTES; MOREIRA, 2019).

Fraser (2002) sugere que as injustiças sociais podem se apresentar “na forma de subordinação de estatuto, assente nas hierarquias institucionalizadas de valor cultural”, e que, portanto, os grupos sociais afetados exigem reconhecimento e transformação na ordem simbólica e na desconstrução dos valores subjacentes às diferenciações de estatuto. A autora propõe agregar essas novas dimensões da justiça social à perspectiva de distribuição justa; afinal, a estrutura econômica mundial ainda gera pobreza, desigualdades sociais e de classe e, portanto, exige medidas distributivas. Assim, as políticas de saúde deveriam ser tensionadas tanto pelos aspectos distributivos quanto por aqueles de reconhecimento.

À vista disso, uma política de reconhecimento significa superar a subordinação desses grupos sociais com vistas à participação social como membro pleno da sociedade, buscando um “reconhecimento recíproco” e de “igualdade de estatuto”. Para isso, Fraser considera que são necessárias duas condições: a primeira seria a “distribuição de recursos materiais que garanta a independência e ‘voz’ dos participantes”; e a segunda seria que “os padrões institucionalizados de valor cultural expressem igual respeito por todos os participantes e garantam iguais oportunidades para alcançar consideração social” (FRASER, 2002).

Além disso, Ferreira e Nascimento (2022) reforçam a importância do verbo esperar e sua conjugação deve ser uma das maiores bandeiras na saúde, isto é, aprender com o passado, refletir sobre o presente e esperar um amanhã de muita resistência, corroborando com as narrativas dos conselheiros do CMS de Florianópolis e Criciúma, ao considerar que o conselho

configura-se como um espaço de luta e resistência democrática, sendo central na manutenção das políticas públicas direcionadas à redução das desigualdades sociais em saúde.

Então o conselho na verdade hoje em dia ele é muito um espaço de resistência, né? E as ferramentas que a gente tem são de resistência, de tentar manter, de tentar segurar... quer dizer foi-se o tempo que a gente queria avançar em determinadas coisas. Hoje em dia a gente nem pensa em avançar, se a gente conseguir segurar o que a gente tem, a gente já tá lucrando, né? (risos) (E01)

Mantendo esse espaço de resistência, de tentar trazer a reflexão de algumas coisas (...) trazer a voz do usuário para dentro da gestão. E é isso... fazer essa interlocução, de uma maneira mais efetiva possível, mas para isso a gente precisa também de instrumentos e capacitar também as pessoas para fazerem realmente esse enfrentamento que não é fácil. (E01)

A gente mexeu a sociedade e só o fato, eu acho que é a maior vitória, de fazer a sociedade participar, se ampliar, sair da democracia representativa e entrar na democracia participativa isso é a maior vitória que a gente pode ter, que a gente conseguiu dar esse exemplo que é possível. E o SUS consegue fazer isso, né? ...porque ele pensa na saúde, no bem-estar, na solidariedade, na equidade... são assuntos que a sociedade não debate e a gente consegue debater... (E03)

A gente não pode deixar retroceder, daqui só para melhor. (E07)

Apesar do cenário político desfavorável vivenciado nos últimos anos no país, o potencial comunicativo resistente de grupos invisibilizados aponta para a possibilidade de se identificar, enfrentar e superar desigualdades históricas e assimetrias que mantêm condições desfavoráveis de saúde (PONTES; MOREIRA, 2019). É neste sentido que os conselhos de saúde se colocam como espaço de visibilidade e resistência.

A consolidação da participação social, especialmente dos grupos tradicionalmente excluídos, na gestão das políticas de saúde deve ser valorizada de acordo com sua potencialidade em permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde, além de ser uma forma de qualificação da gestão pública. A abertura da gestão aos diversos olhares e vozes democratiza e compatibiliza as ações em saúde pública às reais demandas sociais (COELHO, 2012).

Destarte, a participação no âmbito dos conselhos de saúde estudados enquanto categoria de análise contribuiu para compreender a dinâmica que a participação dos sujeitos sociais teve em torno da construção das políticas de saúde. Os achados desta pesquisa nos permitem constatar que os mecanismos participativos dão visibilidade e influenciam, mesmo que lentamente, no sentido de melhorar a qualidade e acesso das políticas públicas para redução das desigualdades. Evidenciando que a participação social nos conselhos torna-se essencial para ampliar e consolidar a presença dos grupos minoritários nas políticas sociais, como é o caso da saúde.

6 CONCLUSÕES

Por fim, à guisa de conclusão, o estudo realizado demonstrou, de maneira geral, um nível apreciável de influência do CMS de Florianópolis e um nível insuficiente de influência do CMS de Criciúma, nas políticas de saúde em âmbito municipal. Ressaltamos que a participação social nos conselhos de saúde tem a capacidade de fortalecer a promoção da saúde e o combate às desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, ainda que outros fatores possam interferir, assim sugere-se que a democracia e a participação são um importante caminho e precisam ser continuamente aperfeiçoadas e não relegadas.

A pesquisa revelou que a participação nos CMSs permitiu que grupos com diferentes interesses apresentassem suas visões no processo; quando os atores estão totalmente envolvidos, participando ativamente, o conselho é capaz de influenciar o rumo das políticas públicas, no entanto, o nível de engajamento variou entre os casos; as pautas dos CMSs estão comprometidas com a promoção de equidade em saúde; além disso a sinergia entre as IPs ampliou a capacidade de influenciar políticas e projetos e houve um importante diálogo do CMS de Florianópolis com os instrumentos de gestão, sobretudo o Plano Municipal de Saúde. Todavia, na relação com o setor privado, especialmente quando são necessárias decisões mais radicais com relação ao perfil da gestão, o CMS não conseguiu influenciar nas decisões da gestão a ponto de impedir a terceirização das UPAs e os contratos de OSs.

O presente estudo também demonstrou que, ao longo do período estudado, têm-se revelado um crescente esforço dos atores envolvidos em dar visibilidade às demandas sociais, voltadas para a promoção da equidade em todos os níveis de atenção à saúde, bem como da população LGBT, população em situação de rua e população negra no SUS. Pode-se concluir que os atores envolvidos conseguiram dar visibilidade a demandas historicamente negligenciados e incluí-las na agenda do conselho de saúde. A partir das análises acerca da situação de saúde abarcadas no espaço do conselho, tornou-se possível, então, a elaboração de planos e propostas de intervenção voltadas para os grupos vulneráveis, orientando ações voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais de saúde desta população no município. Todavia, o debate articulado entre estes grupos de população em situação de vulnerabilidade e políticas de saúde ainda é tímido.

A pluralidade e diversidade dos representantes nos conselhos contribuíram sobremaneira para a articulação e interlocução entre os múltiplos atores nas instâncias participativas, como conselhos e conferências, apresentando-se como um instrumento de ampliação da participação social. Assim, os processos participativos nas etapas do ciclo da

política foram marcados pela articulação de forças sociais, movimentos sociais e profissionais, garantindo pautas, deliberações e resoluções nos conselhos com vistas à redução das desigualdades de acesso à serviços de saúde em todos os pontos da rede de atenção. A atuação articulada nos conselhos, comitês e conferências também evidencia a importância da articulação entre as IPs na direção de um paulatino fortalecimento no processo de tomada de decisão e no acompanhamento das políticas públicas conduzidas pelo aparato estatal.

Ademais, os resultados da participação nos conselhos são influenciados pela interface política e social. Além do apoio político na construção e implementação das políticas públicas de saúde, o apoio e comprometimento dos gestores locais é um elemento central para o funcionamento dos conselhos, garantindo os recursos necessários (materiais, humanos, financeiros, de informação, entre outros) à realização das atividades essenciais dos CMSs, bem como a viabilização de dispositivos que forneçam informações de forma regular para o acompanhamento das ações pactuadas, entre outros mecanismos. Insere-se neste processo, a presença de uma secretaria executiva que desempenha um papel fundamental na estrutura organizacional para o funcionamento e suporte do CMS.

Por outro lado, as perspectivas e anseios dos mais diversos grupos representantes da sociedade civil, sobretudo daqueles em situação de vulnerabilidade social, precisam ser trazidas à luz em busca de maior equilíbrio do debate ao possibilitar a consideração de diferentes interesses. Para tanto o empoderamento e formação de novas lideranças comunitárias podem enriquecer a representação das minorias sociais nos conselhos.

Ainda, com bases nos achados, recomenda-se a ampliação e fortalecimento das associações e das entidades da sociedade civil de defesa dos direitos das minorias sociais e a maior conexão destas com os representantes. Além disso é preciso aprofundar a reflexão sobre o monitoramento, visto que há lacunas da participação social nesta etapa que compõem as políticas públicas.

Embora alguns resultados importantes tenham sido alcançados com o presente estudo, muitas questões permanecem. Como limitação do estudo, pode-se destacar que a abordagem adotada foi aplicada em municípios de grande porte e com forte tradição participativa e dinâmica associativa, e que requer estudos de acompanhamento. Além disso, é difícil a comparação direta dos resultados com aqueles obtidos em outros estudos, já que grande parte dos pesquisadores têm buscado compreender a efetividade da participação a partir da análise do processo deliberativo, e não dos resultados efetivos apresentados pelas instituições participativas.

Por outro prisma, este trabalho refletiu sobre duas temáticas vitais, a participação social e as desigualdades sociais em saúde, questões que raramente são discutidas em conjunto mas que pode ser considerado como o pontapé inicial para o desenvolvimento de novos estudos e reflexões. Sugere-se que estudos subsequentes que utilizem esta abordagem devem ser continuamente realizados, inclusive em outras localidades e contextos participativos, a fim de aprofundar a investigação e aperfeiçoar o modelo de participação a partir dos conselhos de saúde. Outra sugestão é uma exploração mais aprofundada dos fatores contextuais, com estudos que revelam os impactos dos diferentes sistemas políticos, associativismo local, legislação, características da sociedade civil na participação pública e resultados produzidos. Fomentar o debate sobre o tema é necessário para o aprimoramento do trabalho desenvolvido a partir da participação popular, para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ABERS, Rebecca. **Inventing local democracy: grassroots politics in Brazil**. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers, 2000.
- ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00196916, 2017.
- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, Apr. 2017.
- ALMEIDA, D. C. R. Os desafios da efetividade e o estatuto jurídico da participação: a Política Nacional de Participação Social. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 649-680, Dec. 2017.
- ALMEIDA, D. C. R.; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. *In*: PIRES, R. R. C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011, p. 109-123.
- ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, e00310820, 2021.
- ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Perspectivas teóricas para a análise de políticas públicas: como lidam com a complexidade?. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 11, n. 1, p. 16-27, 2019.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018.
- AMARANTE, P. **Em busca das raízes do SUS**. Outras Palavras, out. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/direitosouprivilegios/embusca-das-raizes-do-sus/>. Acesso em: 28 out. 2022.
- AMORIM, L. A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, out. 2017.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 03, p. 499-518, set./dez. 2014.
- ANTUNES, J. L. F. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 177-194, 2015.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3861-3870, 2022.

AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ARAUJO, C. B. **Marmiteiros, agitadores e subversivos: política e participação popular em Florianópolis, 1945-1964.** Tese (Doutorado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1079-1099, 2013.

ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Global Health Action**., 8, p.27106, 2015.

ARRETCHE, M. Prefácio. *In*: MENICUCCI T.; GONTIJO J. G. L. (org.). **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 11-13.

AVINERI S. **O pensamento social e político de Karl Marx.** Cambridge: Cambridge University Press, 1968.

AVRITZER, L (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste.** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2007.

AVRITZER, L. **Democracy and the public space in Latin America.** Princeton, Princeton University Press, 2002.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 43-64, 2008.

AVRITZER, L. Participation in democratic Brazil: from popular hegemony and innovation to middle-class protest. **Opinião Pública**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 43-59, Apr. 2017.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZAN, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERINA D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-143.

AYRES, J. R.; PAIVA V.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania.** Curitiba: Juruá; 2012. p. 77-94.

BAIRRO São Sebastião ganha nova Unidade Básica de Saúde. **Engeplus**, 22 mar. 2022. Disponível em: <https://www.engeplus.com.br/noticia/saude/2022/bairro-sao-sebastiao-ganha-nova-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 03 dez. 2022.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **REVISTA USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, 2001.

BARCELOS, L. V. M. Reflexão sobre a proposta de implantação de linha de cuidado voltada para a saúde integral da população LGBT. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 46-54, 2018.

BARDDAL, F. M. E.; TORRES, R. L. Efetividade da participação cidadã nos conselhos municipais de Curitiba. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 12, e20190045, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2016.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017.

BARROS, M. B. A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.0, p. 17, 2017.

BARU, R. V.; MOHAN, M. Globalisation and neoliberalism as structural drivers of health inequities. **Health Research Policy and Systems**, v. 16, n. 1, p. 91, 2018.

BATISTA, L. E. *et al.* Produção científica brasileira sobre saúde da população negra: revisão de escopo rápida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3849-3860, 2022.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org). **O território e o processo saúde-doença**. EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BATISTELLA, P. Desigualdade patrimonial entre negros e brancos em SC é a maior do país. **NSC**, 2022. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/desigualdade-patrimonial-entre-negros-e-brancos-em-sc-e-a-maior-do-pais>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BELOLLI, M.; QUADROS, J.; GUIDI, A. **História do Carvão de Santa Catarina**. Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2002.

BERTOLI, J. L. A. Cidade, estado e sociedade civil: Reflexões sobre a participação popular no planejamento urbano em Florianópolis. **Revista NECAT**, n. 14, p. 73-100, 2018.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009.

BEZERRA, M. V. R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019.

BHOPAL, A. Good medical practice in a time of chronic disease: time to retrace our steps? **Journal of Global Health**, v. 6, n. 2, 020301, 2016.

BISPO JÚNIOR J. P.; SERAPIONI, M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. **Journal of Global Health**, v. 11, 03061, 2021.

BITTENCOURT, D.; FONSECA, V.; SEGUNDO, M. Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. **Conexões Psi**, v. 2, n. 2, p. 60-85, 2014.

BOHMAN, J. Pluralismus, Kulturspezifizität und kosmopolitische Öffentlichkeit im Zeichen der Globalisierung. *In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 1997, p. 927-941.

BOHMAN, J. **Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy**. Cambridge. MIT Press, 1996.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, Out-Dez 2019.

BRANDOLT, C. R. *et al.* Condições de trabalho de psicólogas (os) resultantes do processo de terceirização na assistência social. **Psicologia e Sociedade**, v. 33, e229301, 2021.

BRASIL. **16ª Conferência Nacional de Saúde: democracia e saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019a. 87 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023**. Revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: Diário Oficial da União, 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

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: Diário Oficial da União, 2019b.

BRASIL. **Documento orientador para os debates**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., 2011, Brasília. Brasília, DF: 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html. Acesso em: 16 abr. 2020

BRASIL. **Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 13/2022- SAPS/MS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 15/2022- SAPS/MS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade#:~:text=As%20Pol%C3%ADticas%20de%20Prom>

[o%C3%A7%C3%A3o%20da%20vulnerabilidade%20e%20desigualdade%20social](#) Acesso em: 5 nov. 2021.

BOYLE, S. United Kingdom (England): Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 13, n. 1, p. 1-483, 2011.

BRAVEMAN P, GOTTLIEB L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. **Public Health Reports**, v. 129, n. 1_suppl2, p. 19–31, Jan. 2014.

BRITO, G. E. G. *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2495-2508, 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.

CANÇADO, A. C.; BARROS, F. S.; BARROS, F. S. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: revisão sistemática da literatura. **Revista Observatório**, v. 7, n. 1, p. 1-20, 2021.

CANELLA, F. Cidade turística, cidade de migrantes: movimento dos sem-teto e representações sociais em Florianópolis (1989 - 2015). **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 215-242, ago.- dez. 2015.

CAPANO, G.; HOWLETT, M. The Knowns and Unknowns of Policy Instrument Analysis: Policy Tools and the Current Research Agenda on Policy Mixes. **SAGE Open**, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2020.

CARMO, C. M. Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in)tolerância: uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, São Paulo, n. 64, p. 201-203, ago. 2016.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 30-39, set.- dez. 2006.

CARNEIRO, F. F. *et al.* **Dossiê Abrasco**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARREIRÃO, Y. S. As eleições para prefeito em Florianópolis: Contribuição para uma história eleitoral. **Perspectivas**, São Paulo, v. 35, p. 35-62, jan.- jun., 2009.

CARVALHO, F. C. D. *et al.* Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, e0018925, 2019.

CASSEL J. Psychosocial processes and “stress”: theoretical formulation. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 4, n. 3, p. 471-482, 1974.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-75.

CASTRO, Z. M. B. **Uma incursão à formação do estado de Santa Catarina**: suas particularidades em relação ao país e contribuições explicativas ao desenvolvimento de comunidade. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.

CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, Dec. 2014.

CEPAL. **La matriz de la desigualdad social en América Latina**. Santiago: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2016.

CEPAL. **Panorama social da América Latina 2016**. Santiago: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2017.

CHERNOMAS, R.; HUDSON, I.; CHERNOMAS, G. Can Neoliberal Capitalism Affect Human Evolution? **International Journal of Health Services**, v. 48, n. 1, p. 166–188, 2018.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p.138-151, 2012.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Gestão social**: como obter eficiência e impacto nas políticas sociais. Brasília: Enap, 2007.

COHEN, J. **"Reflections on Habermas on Democracy"**. Paper apresentado no European University Institute, 1998.

COHEN, J. Deliberation and democratic legitimacy. In: HAMLIN, A.; PETTIT, P. (ed.). **The Good Polity**. Oxford: Blackwell, 1989, p. 17-34.

COMISSÃO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE SOBRE EQUIDADE E DESIGUALDADES EM SAÚDE NAS AMÉRICAS. **Sociedades justas**: Equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2019.

CONKLIN, A.; MORRIS, Z.; NOLTE, E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review. **Health Expectations**, v. 18, n. 2, p. 153-165, 2015.

CORRÊA, É. R. P.; MIRANDA-RIBEIRO, A. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1005-1015, mar. 2017.

CORTEZ, P. A. *et al.* Sexismo, misoginia e LGBTQfobia: desafios para promover o trabalho inclusivo no Brasil. **Physis**, v. 29, n. 4, e290414, 2019.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Lula Presidente: a herança e os desafios para o campo democrático. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 921-925, out.-dez. 2022.

CRICIÚMA entrega dois Residenciais Terapêuticos nesta terça-feira. **Engeplus**, 28 out. 2019. Disponível em: <https://www.engeplus.com.br/noticia/saude/2019/criciuma-entrega-dois-residenciais-terapeuticos-nesta-terca-feira>. Acesso em: 17 jan. 2023.

CRICIÚMA. **Lei nº 6541, de 16 de dezembro de 2014**. Disciplina as atribuições do conselho municipal de saúde do município de Criciúma, e dá outras providências. Criciúma: Diário Oficial do Município, 2014.

CRUZ, V. Estado regulador e políticas públicas. *In*: PASTORINI, A.; ALVES, A.; GALIZIA, S. (org.). **Estado e cidadania**: reflexões sobre as políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2012. p. 73-102.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. *In*: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p.279-301.

DAGNINO, E., *et al.* **La disputa por la construcción democrática en América Latina**. México: Fondo de Cultura, 2008.

DAGNINO, E.; FERLIM, U.; SILVA, D. R.; TEIXEIRA, A. C. C. **Cultura democrática e cidadania**. Opinião Pública, Campinas, v. V., n. 1, Novembro, 1998, p. 20-71.

DAGNINO, E.; TEIXEIRA, A. C. C. The participation of civil society in Lula's government. **Journal of Politics in Latin America**, v. 6, n. 3, p. 39-66, 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health**: Levelling up Part 2. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991.

DAMASCENA, D. M.; VALE, P. R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00273104, 2020.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 541-553, 2017.

DONKIN, A. *et al.* Global action on the social determinants of health. **BMJ Global Health**, v. 3, n. Suppl 1, e000603, 2018.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. Suppl 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK, G. *et al.* A Terceirização no serviço público: particularidades e implicações. *In*: CAMPOS, A. G. (org.). **Terceirização do trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF: IPEA, 2018. p. 113-141.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.385-434.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018.

FANTIN, M. **Construindo Cidadania e Dignidade**. 1. ed. Florianópolis: INSULAR, 1997.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2017.

FEDOZZI, L.; CORRADI, R. S.; RANGEL, R. R. (org.). **Democracia participativa na América Latina**: casos e contribuições para o debate. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Cultura, 2016.

FERREIRA, B. O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825-3834, 2022.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. S. M.; KRONENBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Câmara Municipal de Florianópolis. **Projeto de Lei 17484, de 06 de abril de 2018**. Institui o Programa Creche e Saúde já no âmbito do Município de Florianópolis e dá outras providências. Florianópolis, 2018a.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 20.861, de 31 de outubro de 2019.** Modifica a composição do Comitê Técnico em Saúde da População Negra no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2019.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 21.723, de 08 de julho de 2020.** Dispõe sobre o Programa Municipal de Agricultura Urbana - Programa Cultiva Floripa. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2020a.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 8.958, de 20 de abril de 2011.** Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2011.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 10.167, de 14 de dezembro de 2016.** Dispõe sobre a finalidade, a competência, a composição e a organização do conselho municipal de saúde, dos conselhos distritais de saúde e dos conselhos locais de saúde do município de Florianópolis. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2016.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 10.372, de 25 de abril de 2018.** Institui o Programa Creche e Saúde Já no âmbito do município de Florianópolis e dá outras providências. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2018b.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 10.392, de 06 de junho de 2018.** Dispõe sobre a Política Municipal de Agroecologia e Produção Orgânica de Florianópolis (PMAPO). Florianópolis: Diário Oficial do Município, 2018c.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 3.291, de 01 de novembro de 1989.** Cria e define atribuições ao Conselho Municipal de Saúde. Florianópolis: Diário Oficial do Município, 1989.

FLORIANÓPOLIS. **Noções básicas do turismo.** Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2009. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/11_11_2009_12.49.07.432d004c9d8ab2ee89f865e5710b8bd7.pdf. Acesso em: 08 maio 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Relatório Anual de Gestão 2020.** Florianópolis, 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. **Florianópolis diminuiu em ranking de infecção de HIV.** Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 02 dez. 2020b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina¬i=22740#:~:text=Em%20todos%20os%20Centros%20de,potencial%20contato%20recente%20com%20HIV.> Acesso em: 16 nov. 2022.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 11, n. 3, p. 402-418, 2013.

FONSECA, I. F. **Participação como método de governo:** experiências transcalares no Rio Grande do Sul, Brasil e na Toscana, Itália. Brasília: IPEA, 2019.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

FORD-GILBOE, M. *et al.* How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. **The Milbank Quarterly**, 96, n. 4, p. 635-671, Dec 2018.

FORTUNATO, E. M. **Capital do carvão: identidade em conflito**. 2008. Monografia (Especialização em Geografia)- Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

FRASER, N. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 63, 7-20, 2002.

FRASER, N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. *In*: ELLIOTT, C. M. (Ed.). **Civil society and democracy: a reader**. Oxford, New York: Oxford University, 2003. p. 83-105.

FUNG, A. Putting the Public Back into Governance: The Challenges of Citizen Participation and Its Future. **Public Administration Review**, v. 75, n. 4, p. 513-522, 2015.

GIDDENS, A. **The relations of production and class structure**. Cambridge: Cambridge University Press, 1971

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

GOHN, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. 6.ed. São Paulo: Loyola, 2011.

GOHN, M. G. TEORIAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 63-81, abr. 2019.

GOLDBAUM, M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. *In*: Barata, R. B. (Org.) **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997, p. 63-80.

GONÇALVES, R. M. de A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

GUIMARÃES, E. M. S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 564–582, 2017.

GUIMARÃES, R. M. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5 564 municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e128, p. 1-9, 2018.

GUPTA, R.; GUPTA, V. P.; AHLUWALIA, N. S. Educational status, coronary heart disease, and coronary risk factor prevalence in a rural population of India. **BMJ**, v. 309, p 1332–1336, 1994.

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. **Why deliberative democracy?** Princeton, New Jersey: Princeton University, 2004.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. v. I. 2 ed. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HART, J. T. The inverse care law. **Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

HAYNES, P. **Complexity in Public Policy: Metaphors and Methods**. Aula inaugural na Universidade de Brighton. Abr. 2009. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=3VHFUD3HQDU>

HEINEN, V. L.; MATTEI, L. **Desigualdade de renda em Santa Catarina atingiu maior patamar da série histórica no 2º trimestre de 2021**. Florianópolis: UFSC- NECAT, 2021. Disponível em: <https://necat.ufsc.br/desigualdade-de-renda-em-santa-catarina-atingiu-maior-patamar-da-serie-historica-no-2o-trimestre-de-2021/>. Acesso em: 23 fev. 2023.

HOCKMÜLLER, T. Movimento Negro de Criciúma emite nota de repúdio contra a Festa das Etnias. **Engeplus**, 15 set. 2019. Disponível em: <https://www.engeplus.com.br/noticia/geral/2019/movimento-negro-de-criciuma-emite-nota-de-repudio-contr-a-festa-das-etnias>. Acesso em: 11 dez. 2022.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 5, e1002306, 2017a.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M.; ATUN, R. *et al.* Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. **Health Aff (Millwood)**, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017b.

HOWELL, E. A. *et al.* Reduction of Peripartum Racial and Ethnic Disparities: A Conceptual Framework and Maternal Safety Consensus Bundle. **Obstetrics and Gynecology**, v. 131, n. 5, p. 770-782, may 2018.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HUNTER, W.; POWER, T. J. Bolsonaro and Brazil's Illiberal Backlash. **Journal of Democracy**, v. 30, n. 1, p. 68-82, 2019.

IBGE. **Estimativas da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451>. Acesso em: 17 maio 2022.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: rendimento de todas as fontes 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

ILIBIO, M. B. **Participação social no Sistema Único de Saúde em Criciúma/SC**: uma leitura a partir da democracia radical. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.

ISUNZA VERA, E.; GURZA LAVALLE, A. (coord.). **La innovación democrática em America latina tramas y nudos de la representación, la participación y el control social**. Mexico, DC: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad Veracruzana, 2010.

KAMETANI, M. Y. O Estado, os Conselhos de Direitos do Estado do Paraná e a sociedade civil. **Revista da FAE**, v. 23, n. 1, p. 65-74, 2020.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V., ALMEIDA FILHO, N. A Glossary for Health Inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 56, n.9, p. 647-652, 2002.

KRIEGER N. **Epidemiology and the people's health**: theory and context. New York: Oxford University Press, 2011.

KRIEGER N. Methods for the scientific study of discrimination and health: from societal injustice to embodied inequality: an ecosocial approach. **American Journal of Public Health**., v. 102, n. 5, p. 936-944, 2012a.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001a.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? **Social Science and Medicine**, v. 39, n. 7, p. 887-903, Oct 1994.

KRIEGER, N. Got Theory? On the 21 st c. CE Rise of Explicit use of Epidemiologic Theories of Disease Distribution: A Review and Ecosocial Analysis. **Current Epidemiology Reports**, v. 1, p. 45-56, 2014.

KRIEGER, N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 62, n. 12, p. 1098-1104, Dec 2008.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21 century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001b.

KRIEGER, N. Who and what are 'populations'? Historical debates, current controversies, and implications for understanding population health” and rectifying health inequities. **The Milbank Quarterly**, v. 90, n. 4, p. 634-681, 2012b.

LASSWELL, H. D. **The Decision Process**. Seven Categories of Functional Analysis. College Park, MD. Maryland: University of Maryland Press, 1956.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982. p. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. (Org.) **Efetividade nas instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. p. 33-43.

LAVALLE, A. G.; VOIGT, J.; SERAFIM, L. O que Fazem os Conselhos e Quando o Fazem? Padrões Decisórios e o Debate dos Efeitos das Instituições Participativas. **Dados- Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 609-650, set. 2016.

LEAL, M. B. *et al.* Políticas públicas reparadoras no acesso ao serviço de saúde da população negra: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 9, n. 3, p. 77-89, 2021.

LIMA, L. L. *et al.* Políticas públicas e desenvolvimento: uma proposta de modelo de análise. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v.13, e20210048, 2021.

LINS, H. N. Cidades fractais: a Ilha da Magia e seus alquimistas. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 22, n. 1 (39), p. 95-117, 2011.

LLOYD, N.; KENNY, A.; HYETT, N. Evaluating health service outcomes of public involvement in health service design in high-income countries: a systematic review. **BMC Health Services Research**, 21, n. 364, p. 1-13, 2021.

LOPES, F. J. O. *et al.* (De)forma trabalhista: flexibilização e precarização pela(s) perspectiva(s) da(s) psicologia(s) do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e48213, 2020.

LOPEZ, F. G.; PIRES, R. R. C. Instituições participativas e políticas públicas no Brasil: características e evolução nas últimas duas décadas. In: CARDOSO Jr., J. C. (coord.). **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2010. p. 565- 585.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.16, n.40, p.121-134, jan./mar. 2012.

LOTTA, G. Práticas, Interações, Categorização e Julgamentos: Análise da Ação Discricionária dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PIRES, R. R. C. (org.). **Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas**. 1. ed. Brasília: IPEA, 2019. p. 527-548.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016.

LUBENOW, J. A. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas: modelo teórico e discursos críticos. **Kriterion: Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v. 51, n. 121, p. 227-258, June 2010.

LUCHMANN, L. H. H. Participação e aprendizado político no orçamento participativo: estudo de caso em um município catarinense. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 33, n. 119, p. 513-532, June 2012.

LÜCHMANN, L. H. H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa**: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LUCIO-GARCIA, C. A.; RECAMAN, A. L.; ARREDONDO, A. Evidencias sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud. **Horizonte Sanitario**, Villahermosa, v. 17, n. 1, p. 77-82, abr. 2018.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

MACHADO, C. V. *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, e00170614, 2016.

MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. E. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. **Global Health**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1-12, 2019.

MACHADO, S. M. **Sociedade civil e lutas urbanas em Florianópolis**: a origem do Fórum da Cidade. Trabalho apresentado no Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis, 22 a 24 de agosto de 2013.

MAGWOOD, O. *et al.* Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. **PLoS One**, v. 14, n. 12, p. e0226306, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MANIFESTO do Fórum SC contra a implantação de OSs em Florianópolis. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**, 15 abr. 2018. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2018/04/1144.html>. Acesso em: 28 out. 2022.

MARIO, C. G. Afinal, Políticas Públicas participativas propiciam resultados justos?. *In*: ALMEIDA, L. S. B.; LAISNER, R. C. (org.). **Políticas públicas e participação social** - [recurso eletrônico]. Natal: EDUFRN, 2018. p. 17-54.

MARMOT, M. *et al.* WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The lancet**, v. 380, n. 9846, p. 1011-1029, 2012.

MARQUES, E. E. A. A crise da democracia brasileira e as ações da articulação de mulheres negras brasileiras. **Orbis Latina**, v. 10, n. 2, p. 43-61, 2020.

MARQUETTI, A. Participação e redistribuição: o Orçamento Participativo em Porto Alegre. In: AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (org.). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 129-156.

MARQUETTI, A.; CAMPOS, G. A.; PIRES, R. (org.). **Democracia participativa e redistribuição: análise de experiências de orçamento participativo**. São Paulo: Xamã, 2008.

MARTINS, P. C. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do partido comunista. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. Tomo 1. Lisboa: Edições Progresso, 1982.

MATOS, B. G.; MOREIRA, L. H. O. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 668 – 676, out. – dez. 2013.

MCGREGOR A. J. *et al.* Do elections matter for private-sector healthcare management in Brazil? An analysis of municipal health policy. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 483, July 2017.

MEDINA-MARTÍNEZ, J. *et al.* Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 22, p.11801, nov 2021.

MELLO, J. (org.) *et al.* **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. Brasília: Ipea, 2020.

MELO, E. A *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 137-144, 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MILANOVIC, B. **Global inequality: A new approach for the age of globalization**. Cambridge: The Belknap Press, 2016.

MILIOLI, G. 31ª Festa das Etnias começa na próxima terça-feira em Criciúma. **Fundação Cultural De Criciúma**, 05 set. 2019. Disponível em: <https://fcc.criciuma.sc.gov.br/noticia/31-Festa-das-Etnias-comeca-na-proxima-terca-feira-em-Criciuma/13920>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

- MIQUILIN, I. O. C. *et al.* Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, jul. 2013.
- MIRANDA, A. C.; CASTRO, H. A.; SOUTO, L. R. F. Democracia, direitos humanos, desigualdade e saúde: que caminhos trilhamos?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 4-9, nov. 2018.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 61, p. 309–320, abr. 2017.
- MITTON, C. *et al.* Public participation in health care priority setting: A scoping review. **Health Policy**, v. 91, n. 3, p. 219-228, 2009.
- MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.
- MOITA, G. F. *et al.* Controle Social Tutelado? Enfrentamentos E Dinâmicas Democráticas Na Implantação De Organizações Sociais Na Saúde De Capital Do Nordeste Do Brasil. **Anais do IHMT**, v. 20, p. 34-45, mar. 2021.
- MOLINA, A. C. *et al.* Notificações de Acidentes de Trabalho em CEREST de Botucatu—SP. **Revista Laborativa**, v. 5, n. 1, p. 64-79, abr. 2016.
- MONTEIRO, R. A. “COM QUANTOS POBRES SE FAZ 1 RICO?”: modernidade (e crise) na Criciúma do século XX. 2017. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-graduação em História, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- MONTEIRO, R. A. Da concomitância de dois tempos divergentes: colonos ambientalistas e operários mineiros na Criciúma contemporânea. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 6, n. 10, p. 34-46, 2020.
- MORADORES reclamam da falta de dentistas em postos de saúde de Florianópolis. **G1 Santa Catarina**, 11 jun. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2019/06/11/moradores-reclamam-da-falta-de-dentistas-em-postos-de-saude-de-florianopolis.ghtml>. Acesso em: 15 out. 2022.
- MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, e00194916, 2018.
- MORÇÖL, G. Issues in reconceptualizing public policy from the perspective of complexity theory. **E:CO Emergence: Complexity and Organization**, v. 12, n. 1, p. 52-60, 2010.
- MORETTI, P. G. S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.

MORGAN, K. V.; NAJJAR, J. N. V. Na contramão da gestão democrática: políticas educacionais no Brasil a partir de 2016. **Roteiro**, v. 45, p. 1–22, 2020.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

MOVIMENTO NACIONAL ODS (Santa Catarina). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável- ODS 03 – Saúde e Bem-Estar**. Florianópolis: Movimento Nacional ODS Santa Catarina. Disponível em: <https://sc.movimentoods.org.br/nossos-ods/ods-03/>. Acesso em: 14 fev. 2023.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A Análise das Políticas Públicas**. Pelotas: Educat, 2002.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil** (setembro de 2012 a março de 2020) [Nota Técnica]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S.; VEIGA, T. F. M. O Significado de morar em um serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e1388, 2017.

NORMAN, A. H. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2856, 2021.

NUNES, B. P. *et al.* Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.

OLIVEIRA, A. **A participação popular nos conselhos populares de saúde no município de Criciúma-SC**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

OLIVEIRA, O. H. A. C.; ARAÚJO, M. V.; BELFI, L. G. P. M. Anatomia de uma crise: globalização, neoliberalismo e extrema-direita no Brasil. **Cadernos Cemarx**, Campinas, n. 16, 01-20, e022011, 2022.

OLIVEIRA, P. R. *et al.* Relação público-privada na política brasileira de atenção cardiovascular de alta complexidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 753-768, 2019.

OMS. **Diminuindo as diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.

OMS. **Integração de Saúde Mental nos cuidados de saúde primários**: Uma perspectiva global. Lisboa: Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família, 2009. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/integracao_da_saude_mental_nos_cuidados_de_saude_primarios_-_uma_perspectiva_global.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

OPAS. **Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: a equidade, o coração da saúde**. OPAS, 2019. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756_por.pdf?sequence=1&iAllowed=y. Acesso em: 08 abr. 2020.

ORTELLADO, P.; SOLANO, E. Nova direita nas ruas? Uma análise do descompasso entre manifestantes e os convocantes dos protestos antigoverno de 2015. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 11, 2016.

OSTROM, E.; BASURTO, X. Crafting analytical tools to study institutional change. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 3, p. 317–343, 2011.

OXFAM BRASIL. **País Estagnado: Um Retrato das Desigualdades Brasileiras**. São Paulo: Oxfam Brasil, 2018a.

OXFAM BRASIL. **Recompensem o trabalho, não a riqueza**. São Paulo: Oxfam Brasil, 2018b.

OXFAM BRASIL. **Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. São Paulo: Oxfam Brasil, 2020.

PACHECO, H. F. *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Trad. Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PATEMAN, C. **Participation and democratic theory**. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1970.

PATEMAN, C. Participatory democracy Revisited. **Perspectives on Politics**, v. 10, n. 1, p. 7-19, 2012.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P.; BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3841-3848, dez. 2017.

PAVAO, A. L. B; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr. 2013.

PEIXOTO, L. A. G. Abordagens e perspectivas de participação social no monitoramento de políticas públicas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 2, p. 403-410, 2015.

PELLEGRINI FILHO, A. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2080-2081, 2011.

PEREIRA, P. A. Sobre a política de Assistência Social no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (org). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PÉREZ, G. *et al.* Tackling health inequalities in a public health organization: the case of the Barcelona Public Health Agency. **International Journal for Equity in Health**, v. 21, n. 1, p. 129, 2022.

PETERS, B. G. **Advanced introduction to public policy**. Massachusetts: Edward Elgar, 2015.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, abr. 2005.

PIRES, R. *et al.* Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. *In*: PIRES, R. R. C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. p. 347-364.

PIRES, R. R. C. (org.). **Implementando Desigualdades**: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: IPEA, 2019.

PIRES, R. R. C. Implementando desigualdades? Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 13, p. 7-13, out. 2017.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020.

POCHMANN, M. Estado e capitalismo no brasil: a inflexão atual no padrão das políticas públicas do ciclo político da nova república. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 38, n. 139, p. 309-330, jun. 2017.

POGREBINSCHI, T. **Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Minoritários**. Brasília: IPEA, 2012.

PONTES, A. L. M.; MOREIRA, A. D. L. Diversidades, resistências e justiça social. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 696-701, out.-dez. 2019.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

PRADO, E. A. J.; SOUSA, M. F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 69-80, 2017.

PRADO, M. A. R. *et al.* Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, e20190200, 2021.

PREFEITURA de Criciúma inaugura dois novos postos de saúde. **Engeplus**, 16 out. 2019. Disponível em: <https://www.engeplus.com.br/noticia/politica/2019/prefeitura-de-criciuma-inaugura-dois-novos-postos-de-saude>. Acesso em: 3 dez. 2022.

PREFEITURA de Florianópolis anuncia retomada das obras na Saúde. Florianópolis: **Portal da Ilha**, 05 jul. 2017. Disponível em: <http://www.portaldailha.com.br/noticias/lernoticia.php?id=41124>. Acesso em: 15 out. 2022.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Crossing Sectors** - Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2007.

PURKEY, E.; MACKENZIE, M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 101, 2019.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. 5 ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

PUTNAM, R. D. The prosperous community: social capital. **The American Prospect**, v. 4, n. 13, p. 35-42, 1993.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, 349, p. g4014, jul. 2014.

REIS, A. F. **Ilha de Santa Catarina**: permanências e transformações. Florianópolis: Editora UFSC, 2012.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte. v. 22, n. 2, p. 292-312, ago. 2016.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 155-170, set. 2017.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e181084, 2020.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185, 2011.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00241718, 2020.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health economics**, v. 19, n. S1, p. 126-158, 2010.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, Sup.1, p. Sup.31-Sup.41, dez. 2008.

ROSA, J. G. L.; LIMA, L. L.; AGUIAR, R. B. **Políticas públicas**: introdução. Porto Alegre: Jacarta, 2021.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, 2013.

RUIZ, D.; MARTUFÍ, V. **Lista de pacientes na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis**. Rede APS, 08 jul. 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/07/08/lista-de-pacientes-na-atencao-primaria-a-saude-em-florianopolis/>. Acesso em: 6 out. 2022.

SÁ E SILVA, F.; LOPEZ, F. G.; PIRES, R. R. C. (org.). **Estado, Instituições e Democracia**: democracia. Brasília: IPEA, 2010.

SABATIER, P. (ed.). **Theories of the policy process**. 2. ed. [s.l.]: Westview, 2007.

SABIONI, M. *et al.* Contextos (in)adequados para o engajamento cidadão no controle social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 477-500, 2016.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Florianópolis: Secretaria Estadual da Saúde, 2019.

SANTANA, F. A. L.; NEVES, I. R. Saúde do trabalhador em educação: a gestão da saúde de professores de escolas públicas brasileiras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 786-797, 2017.

SANTOS JÚNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. *In*: SANTOS JÚNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, B. S. **Reinventar a Democracia**. Gradiva, Lisboa, 1998.

SANTOS, I. S. *et al.* Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro. *In*: NORONHA, J. C. *et al.* (ed.). **Brasil Saúde Amanhã**: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 63-111.

SANTOS, M. A. B. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (org.). **Políticas Públicas**; Coletânea v.1. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SCHENSUL, J. J. Key informants. In: NORMAN, B. A. (Ed). **Encyclopedia of health & behavior** (Vol. 1, p.569-571). Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SECCHI, L.; COELHO, F. S.; PIRES, V. **Políticas Públicas - Conceitos, casos práticos, questões de concursos**. 3ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SÉGUIN, E. **Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

SEMERARO, G. Da sociedade de massa à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. **Educação e Sociedade**, v. 20, n. 66, p.65-83, abr. 1999.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, dez. 2014.

SERAPIONI, M.; FERREIRA, P. L.; ANTUNES, P. Participação em saúde: conceitos e conteúdos. **Notas Econômicas**, v. 40, p. 26-40, 2014.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. **Social Science & Medicine**, v. 123, p. 226-233, 2014.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, jan. 2013.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

SERVIDORES de Florianópolis entram em greve contra projeto da prefeitura. **G1 Santa Catarina**, Florianópolis, 11 abr. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/servidores-de-florianopolis-entram-em-greve-contra-projeto-da-prefeitura.ghtml>. Acesso em: 28 out. 2022.

SILVA, A. C. A. *et al.* Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 24, e190568, 2020.

SILVA, A. L. R.; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, e0019730, 2019.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 602-609, jul.-set. 2011.

SILVA, F. A. J. **ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

SILVA, J. P. C.; ALMEIDA, B. L. F. **O trabalho multifuncional e os impactos na saúde do trabalhador: uma análise sob o enfoque da precarização**. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/otrabalhomultifuncionaleosimpactosnasaudedotrabalhadorumaanalisesoboenfoquedaprecarizacao.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

SILVA, J. W. S. B. *et al.* Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 140-149, 2017.

SILVA, M. K. Dos casos aos tipos: notas para uma apreensão das variações qualitativas na avaliação das instituições participativas. In: PIRES, R. R. C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. p. 233-246.

SILVA, N. N. *et al.* Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, e20180834, 2020.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013.

SOARES, R.C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 293-306.

SODRÉ, M. Por um conceito de minoria. In: PAIVA, R.; BARBALHO, A. (org.). **Comunicação e cultura das minorias**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 11-14.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Genebra: OMS, 2005.

SOUSA, M. F. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 82-93, dez. 2019.

SOUTO, K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 49-62, dez. 2016.

SOUZA, C. A. Antipetismo e ciclos de protestos no Brasil: uma análise das manifestações ocorridas em 2015. **Em Debate**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p.35-51, maio 2016.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HODHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. M. D. A sub-representação feminina no Codefat: táticas de acomodação e barreiras sociais e institucionais. *In*: PIRES, R. R. C. (org.). **Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas**. 1. ed. Brasília: IPEA, 2019. p. 283-301.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, P. H. G. F. **A desigualdade vista do topo**: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926-2013. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SPÍNOLA, P. A. C.; OLLAIK, L. G. Instrumentos governamentais reproduzem desigualdades nos processos de implementação de políticas públicas. *In*: PIRES, R. R. C. (org.). **Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas**. 1. ed. Brasília: IPEA, 2019. p. 329-348.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**, v. 10, p. 15, 2011.

STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. *In*: CANESQUI, A. M. (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 99-125.

TATAGIBA, L. 1984, 1992, 2013. Sobre ciclos de protestos e democracia no Brasil. **Revista Política & Sociedade**. v.13, n. 28, p. 35-62, 2014.

TATAGIBA, L.; ABERS, R.; SILVA, M. K. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. de (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: IPEA: ENAP, 2018. p. 105-138.

TATAGIBA, L.; GALVÃO, A. Os protestos no Brasil em tempos de crise (2011-2016). **Opinião Pública**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 63-96, abr. 2019.

TEIXEIRA, J. P. **Os donos da cidade**. Florianópolis: Insular, 1996 (Coleção Teses, v.3).

THORNDIKE, A. L. *et al.* Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness in San Francisco's Mission District: a qualitative study. **BMC Public Health**. v. 22, n. 1, p. 1071, 2022.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. **Inequalities in health: the black report**. London (UK): Penguin Books, 1982.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.183-206.

TRINDADE, T. A. **Protesto e democracia: ocupações urbanas e luta pelo direito à cidade**. Jundiaí, Paco, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais - A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.

VALLE F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JUNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020.

VAZ, A. C. N. Modelando a participação social: uma análise da propensão à inserção em Instituições Participativas, a partir de características socioeconômicas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 10, p. 63-106, abr. 2013.

VAZ, A. C. N. Participação política, efeitos e resultados em políticas públicas: notas crítico-analíticas. **Opinião Pública**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 163-205, 2011.

VAZ, A. C. N.; PIRES, R. R. C. Comparações entre municípios: avaliação dos efeitos da participação por meio de pares contrafactuais. *In*: PIRES, R. R. C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. p. 247-261.

VAZ, J. C. A delicada disputa pelas cabeças no serviço público brasileiro no Brasil pós-redemocratização. *In*: **ENAP 20 anos**; caminhos de uma escola de governo. Brasília: Cadernos ENAP, edição especial, 2006. p. 37-44.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 30-38, feb. 2002.

VELOSO, G. G. **Análise de terceirizações em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em hospitais privados**: aplicação de modelos de decisão “make or buy” em hospitais. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração em Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 907-920, dez. 2017.

VERBA, S.; SCHLOZMAN, K. L.; BRADY, H. E. **Voice and equality**: civic voluntarism in American politics. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, jul. 2019.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 175-186, dez. 2018.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan./abr. 2020.

WARREN, M. E. What can Democratic Participation mean Today? **Political Theory**, v. 30, n. 5, p. 677-701, 2002.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016.

WHITE, F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. **Medical Principles and Practice**, v. 24, n. 2, p. 103-116, 2015.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO. **Declaration of Alma-Ata**. Geneva: World Health Organization, 1978.

WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em 22 fev. 2023.

WHO. **Social determinants of health**. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 28 mar. 2020.

WILKINSON, R. G.; PICKETT, K. E. **The spirit level**: why more equal societies almost always do better. London: Allen Lane, 2009.

YIN, R.K. **Case study research and application**: Design and methods. 6. ed. Sage, 2018.

YOUNG, I. M. Communication and the other: beyond deliberative democracy. In: YOUNG, I. M. **Intersecting voices**. Princeton: Princeton University, 1997. p. 60-74.

YOUNG, I. M. **Inclusion and democracy**. New York: Oxford University, 2000.

ZIGLIO E. *et al.* (ed.). **Health systems confront poverty**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

ZORZAL, G.; CARLOS, E. Audiências públicas do Legislativo estadual: fatores endógenos e exógenos na análise da efetividade da participação. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, n. 64, p. 23-46, dez. 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos – CEPSH
Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara)
Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br
Telefone para contato: (48) 3721-6094

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Douglas Francisco Kovaleski e Francieli Regina Bortoli. A pesquisa está pautada na Resolução 466/2012 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde) e está associada ao projeto de doutorado de Francieli Regina Bortoli, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos - CEPSH - é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Nesta pesquisa, nós estamos buscando analisar a participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde e a pesquisa terá papel fundamental de compreender o processo de construção da cidadania, contribuir para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde. Trata-se de uma pesquisa estabelecida na abordagem qualitativa realizada por meio de entrevista junto aos participantes do estudo, utilizando um gravador para registro das informações. Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto ao conteúdo revelado, invasão de privacidade, assim como, uso do tempo do participante ao responder a entrevista. Para minimizar esses possíveis desconfortos a entrevista será confidencial, sendo realizada em ambiente favorável em que a privacidade da pessoa entrevistada seja respeitada, com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador, além disso, essa condição será minimizada devido ao rígido treinamento que a pesquisadora recebeu junto ao coordenador da pesquisa e por meio do curso sobre técnicas de entrevista, realizado na UFSC pela entrevistadora. A qualquer momento da realização desse estudo, os participantes poderão se recusar a participar ou retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados, tomando todas as providências necessárias para

manter o sigilo, embora sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Em qualquer momento da entrevista será permitida a sua interrupção, caso a pessoa entrevistada assim desejar. Durante a realização da entrevista, a pessoa entrevistada não é obrigada a falar daquilo que ela não desejar falar. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a própria disposição de fala da participante, contudo estima-se que seja no mínimo meia hora e no máximo 1 hora. Após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão desgravadas. Da mesma maneira, a sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você, assim como não haverá o pagamento de nenhum valor financeiro em troca da sua participação, que é voluntária. É preciso ficar claro que haverá ressarcimento ao entrevistado, caso haja qualquer despesa comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa. De igual maneira, caso você tenha qualquer dano comprovadamente decorrente da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e devidamente assinadas pelos pesquisadores, sendo que uma delas será fornecida ao participante e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso tenha alguma dúvida em relação a esta pesquisa ou não quiser mais participar da mesma, pode entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-6158.

Francieli Regina Bortoli
E-mail: fran_bortoli@yahoo.com.br
Rua Delfino Conti, s/n. CEP: 88040-900. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade – Florianópolis.
Telefone: (48) 996441309.

Douglas Francisco Kovaleski
E-mail: douglas.kovaleski@gmail.com
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública,
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade – Florianópolis.
Telefone: (48) 37216158.

Nome completo do participante:
Documento de identificação:



Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara)

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Telefone para contato: (48) 3721-6094

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “Participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde”, e, declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa supracitada, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou de me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isto traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma delas será fornecida ao participante, devidamente assinada e rubricada pelos pesquisadores e a outra ficará com o pesquisador responsável.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Francieli Regina Bortoli

Douglas F. Kovaleski



Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH
 Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara)
 Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.
 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br
 Telefone para contato: (48) 3721-6094

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Francieli Regina Bortoli e Douglas Francisco Kovaleski a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: artigos e apresentações em revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador coordenadora da pesquisa, Francieli Regina Bortoli, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma delas será fornecida ao participante, devidamente assinada e rubricada pelos pesquisadores e a outra ficará com o pesquisador responsável.

_____, ____ de _____ de _____.

 Assinatura do participante

 Francieli Regina Bortoli

 Douglas F. Kovaleski

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA¹

1. Você pode falar um pouco sobre sua experiência como conselheiro no CMS?
2. Todos os participantes do CMS têm oportunidade igual de participação ou há tratamentos diferenciados?
3. Todos interesses, razões e propostas que surgem durante as reuniões são levados em consideração no processo de discussão e de decisão?
4. Todos os participantes têm as mesmas oportunidades de colocar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir?
5. Os procedimentos, data/horário das reuniões, debates, decisões são publicados nas mídias sociais ou outros canais públicos para que toda população tenha conhecimento de forma transparente?
6. As liberdades de consciência, de opinião, de expressão são respeitadas no CMS?
7. Como são debatidos os temas, quais temas, quais recursos informacionais estão à disposição dos participantes.
8. O conselho apresenta recursos para alocar através de suas decisões, corpos técnicos altamente qualificados, boas condições materiais – salas, equipamentos; funcionários de apoio- e recursos para viagens e atividades?
9. Segundo sua memória ou seus conhecimentos sobre este conselho, quais foram as conquistas que o conselho alcançou a partir de suas demandas, lutas e reivindicações?
10. Você lembra de alguma demanda e/ou ação voltada para construção, ampliação e reforma das UBSs, garantia da presença de médicos nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de trabalho?
11. Você lembra de alguma demanda e/ou ação voltada para especialidades, UPAs, hospitais ou demais pontos da Rede de Atenção à Saúde?
12. Houve alguma ação, que teve como princípio a promoção de equidade e inclusão social, bem como contribuir para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade social?

¹ A sequência das perguntas não foi igual na entrevista com todos entrevistados, sendo alterada em função das respostas dadas por eles. Durante as entrevistas também foram incluídas outras perguntas em virtude das respostas dadas.