

ACESSO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO: O OLHAR DE CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE

ACCESS TO HEALTH AS A RIGHT: THE PERSPECTIVE OF LOCAL HEALTH COUNCILORS

GEOVANA PINHEIRO CARVALHO ¹ , BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO ¹ , MARCIO COSTA DE SOUZA ¹ ,
 MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO ¹ 

1. Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa (RUEP), v. 22, n. 68, jul./set. 2025

RESUMO

Introdução: O acesso universal e igualitário à saúde é preconizado como um direito, todavia, na prática, não é garantido a todos os cidadãos brasileiros. Nesse contexto, destacam-se os Conselhos Locais de Saúde enquanto espaços de atuação da comunidade no controle social e na busca pela garantia deste direito. **Objetivo:** Compreender a perspectiva de conselheiros locais de saúde sobre o acesso à saúde como um direito. **Metodologia:** Estudo qualitativo realizado em um município do interior da Bahia que teve como objetivo analisar a percepção de membros de Conselhos Locais de Saúde (CLS) sobre o acesso à saúde enquanto direito. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, foram entrevistados sete membros do CLS. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Observou-se que os conselheiros locais de saúde entendem que o acesso à saúde é um direito, mas que nem sempre é universal e igualitário, deixando boa parte da população sem assistência. **Sugerem** fortalecer as potencialidades do SUS e uma maior participação da comunidade. **Conclusão:** Assim, os conselheiros possuem uma boa compreensão sobre o direito à saúde e reconhecem a importância de suas ações para garantir a efetivação deste direito.

Descritores: Acesso Universal à Saúde. Direito da Saúde. Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

Background: Universal and equitable access to healthcare is advocated as a fundamental right, in practice, it is not guaranteed to all Brazilian citizens. Considering Local Health Councils stand out as key spaces for community engagement in social oversight and in the pursuit of ensuring this right. **Objective:** To understand the perspectives of local health council members regarding access to healthcare as a right. **Methods:** This qualitative study was conducted in a municipality in the interior of Bahia and aimed to analyze the perceptions of members of Local Health Councils (LHCs) concerning access to healthcare as a right. Data were collected through semi-structured interviews with seven LHC members. Thematic content analysis was employed to examine the data. **Results:** Indicate that local health council members recognize access to healthcare as a right; however, they acknowledge that such access is not always universal or equitable, leaving a significant portion of the population without adequate assistance. Participants emphasized the need to strengthen the potential of the Unified Health System (SUS) and to promote greater community participation. **Conclusions:** In summary, council members demonstrate a solid understanding of the right to health and acknowledge the importance of their actions in ensuring the realization of this right.

Keywords: Universal Access to Health. Right to Health. Health Councils.

Citation: CARVALHO GP, ARAUJO B DE O, SOUZA MC DE, ARAUJO M DE O. ACCESS TO HEALTH AS A RIGHT: THE PERSPECTIVE OF LOCAL HEALTH COUNCILORS. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa [Internet]. 2025 Dec;22(68):49–54. Available from: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/2218/u2025v22n68e2218>

Todos os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses potencial relacionado com este artigo.

Correspondência: Mariana de Oliveira Araujo. moaraujo@uefs.br

Artigo recebido em 04/09/2025, aprovado em 07/03/2026.



Ruep.2025;68(22):e2218

INTRODUÇÃO

A garantia de acessibilidade às ações e serviços de saúde relaciona-se ao cuidado integral mediante o direito de um acesso universal e equânime^[1]. Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde é um direito de todo cidadão brasileiro que, de acordo com a Constituição Federal Brasileira^[2], deve ser assegurado pelo Estado de forma que garanta a resolubilidade das necessidades de saúde.

Para a conformidade dessa legislação, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Nº 8.080/1990^[3], com a proposta de garantir que toda a população tenha acesso aos bens e serviços de saúde sob a égide dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Entretanto, no cotidiano, observa-se que muitos usuários ainda não vivenciam a concretização deste direito, principalmente quando relacionado aos serviços de média e alta densidade tecnológica^[4], já que, para muito além do aspecto jurídico-legal, o acesso à saúde engloba um entendimento multidimensional de fatores intervenientes na saúde, que devem ser considerados na criação e execução efetiva das políticas públicas de saúde^[5]. Portanto, muitas vezes na busca pelo diagnóstico e tratamento, os usuários enfrentam ações fragmentadas, desconhecimento da rede e seus itinerários^[6].

Diante dessa complexidade que, muitas vezes, implica entraves à garantia do acesso efetivo ao sistema público de saúde, destaca-se a participação da comunidade como uma importante estratégia para a formulação e implementação de ações no SUS, de maneira que, *participar* em saúde compreende um entendimento ampliado da saúde como um direito social, da responsabilidade do Estado na sua garantia, mas também da adoção de uma postura cidadã ativa que ultrapasse a passividade e o conformismo com a realidade desigual^[7].

Essa participação é regulamentada pela Lei Nº 8.142/1990^[8], que dispõe sobre a criação de Conselhos e Conferências de Saúde, e é considerada uma importante ferramenta de gestão do SUS, já que através destas instâncias colegiadas formais ou informais são incorporadas as demandas sociais verbalizadas por diversos sujeitos coletivos^[9].

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde (CS) são instâncias de exercício de proposição, discussão, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde implementadas no país. Por sua vez, enquanto espaços participativos informais, os Conselhos Locais de Saúde (CLS) foram criados com o objetivo de desenvolver ações de saúde orientadas pelas demandas de cada comunidade e baseadas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de qualificar os cidadãos e cidadãs de cada comunidade para que possam avaliar e fiscalizar serviços e recursos do SUS^[10].

Esta atuação da comunidade tem sua importância no campo da saúde coletiva ao destacar a população como foco principal do processo saúde-doença, haja vista que são os usuários que conhecem a realidade na qual estão inseridos e possuem uma perspectiva mais fidedigna das mudanças necessárias em determinada localidade e, portanto, possuem legitimidade para realizar fiscalizações e acompanhamentos de tais serviços e de participar das deliberações sobre as diretrizes em saúde^[7].

Dessa maneira, os CLS são considerados locais de aprendizagem cidadã que, através da dimensão socioeducativa, constituem espaços de percepção dos próprios usuários sobre os fatores que determinam o processo saúde-doença de suas áreas, formando, desse modo, sujeitos conscientes de suas realidades e da corresponsabilidade nas políticas públicas de saúde^[11].

Diante da importância de suas funções é necessário que os conselheiros locais, assim como os usuários do SUS, compreendam o que de fato o acesso à saúde significa enquanto um direito a ser defendido, para que eles consigam lutar, de forma potente, pela garantia desse direito representando os interesses coletivos nos espaços de participação^[12].

Desse modo, este estudo teve como objetivo analisar a percepção de membros de Conselhos Locais de Saúde sobre o acesso à saúde enquanto direito.

MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa em três CLS de um município de grande porte localizado no interior do Estado da Bahia. Para a definição dos CLS em que a pesquisa seria realizada considerou-se como critério de inclusão os conselhos que tinham sido implantados há pelo menos um ano e que haviam realizado pelo menos uma reunião nos últimos seis meses. Desse modo, dos 31 CLS implantados no município, segundo informações do Conselho Municipal de Saúde, apenas três mostraram-se atuantes sob o critério de ter realizado, pelo menos, uma reunião nos seis meses antecedentes à realização da coleta de dados.

Os participantes desse estudo foram sete membros (conselheiros) de CLS, incluídos segundo o critério de atuarem há pelo menos seis meses no CLS e excluídos aqueles que, no momento da coleta de dados estavam afastados da sua atuação por licença médica, licença prêmio e/ou férias. Para fins de garantir o sigilo, tais participantes foram identificados ao longo do estudo pela letra “E” seguida de um número que representa a ordem crescente da realização das entrevistas.

Os dados foram coletados segundo a técnica de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em local reservado por uma pesquisadora treinada. Além disso, ao aceitarem participar, todos os participantes tiveram acesso e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual estão contidos todos os direitos e deveres éticos relacionados à realização desta pesquisa.

Os dados foram sistematizados e analisados conforme o método de Análise de Conteúdo Temática segundo a perspectiva de Minayo, Deslandes e Gomes^[13]. Inicialmente foi feita a transcrição dos dados com a leitura flutuante e exaustiva. Por conseguinte, foram definidos os temas com base nos núcleos de sentido, para uma posterior análise e que conectou os dados empíricos com estudos produzidos por meio de pesquisas científicas.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer nº 6.762.175, CAEE nº 77641324.5.0000.0053).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram compostos por dois representantes de entidades dos usuários vinculados à Unidade de Saúde local e cinco representantes de servidores/gestores da Unidade de Saúde local.

Com relação a caracterização dos entrevistados, observamos que cinco são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades que variaram entre 51 e 64 anos. Quanto a formação acadêmica, um referiu Ensino médio incompleto, um Ensino superior incompleto no curso de Psicologia, um Ensino superior completo em Pedagogia e quatro referiram Ensino médio completo, com o tempo de formação variou entre seis e 30 anos. Quanto à ocupação, observou-se a predominância de cinco ACS, mas também surgiu a ocupação de pedagoga em reforço escolar e

cuidadora de pessoas idosas. E, quanto ao tempo de atuação/vinculação ao CLS da respectiva comunidade a que pertencem, observamos uma variação de dois a 12 anos.

Acesso: disponibilidade dos serviços de saúde

A garantia do acesso à saúde enquanto direito está diretamente relacionada ao modo como o sistema de saúde público deve ser organizado para oferecer as ações e os serviços de forma resolutive em consonância com os princípios do SUS e com a finalidade de atender as necessidades de saúde da população^[14;7]. Nesse sentido, percebeu-se nas falas dos conselheiros uma pluralidade de percepções sobre o que é o acesso à saúde, de modo que, alguns compreendem-no como a ausência de dificuldades e entraves no cuidado em saúde.

Acesso à saúde é aquela pessoa que tem acesso, que não tem muita coisa assim para empatar (dificultar), entendeu? Que ela vai lá e consegue (E5).

Não teria esses fatores burocráticos, que criam entraves ao paciente, facilitando todo o atendimento, a assistência à saúde (E7).

No entanto, ao mesmo tempo em que se observa esta objetividade nas falas, ao se referir a fatores burocráticos que atrapalham o funcionamento efetivo do sistema público de saúde, estes conselheiros abrangem complexas características socioeconômicas, culturais e históricas que são intrínsecas à realidade brasileira e capazes de intervir na dinâmica do acesso à saúde.

Nessa perspectiva, um estudo sobre os fatores que interferem no acesso à saúde no Brasil destaca o nível socioeconômico, a escolaridade, os aspectos culturais, disparidades geográficas dos usuários e dos serviços e o pertencimento a grupos específicos marginalizados historicamente^[15].

Neste estudo foram encontrados resultados semelhantes a este estudo^[15], uma vez que os entrevistados consideraram que o acesso está relacionado a fatores complexos como a realização de exames, o acesso à informação e a acessibilidade física à unidade de saúde, que são capazes de intervir na saúde e na qualidade de vida do usuário, como descrito nas falas dos entrevistados E1, E3 e E7:

Seria, assim, a pessoa tem que fazer os seus exames, aqueles exames periódicos. Eu acho que o acesso à saúde em geral seria a gente chegar no lugar e ter o direito de fazer esses exames (E1).

Eu entendo assim o acesso é você, como comunidade, estar inserido no global, não só vir para uma consulta, é você saber como funciona a unidade, você saber quantos profissionais têm dentro de uma unidade, isso tudo faz parte de você ter acesso à saúde. Porque se eu só vir à unidade de saúde quando preciso, fica um negócio meio individualista (E3).

“Sr. Antônio” que mora lá no Pé de Serra, “Dona Maria” que mora lá na Matinha, não precisam se deslocar, acordar 4 horas da manhã, para vir ter simplesmente um atendimento simples aqui, que lá deveria ter e oferecer isso para eles também, e que não encontra (E7).

A partir destas falas, percebe-se que, diferente do que se consolida muitas vezes no entendimento popular, o acesso à saúde não equivale à simples utilização do serviço de saúde. Portanto, é imprescindível que um olhar ampliado a saúde esteja no espectro

que reluz o acesso, para que ações fragmentadas e individualizadas não sejam as práticas comuns nos serviços de saúde^[16].

Desta forma, uma percepção de acesso idealmente universal e igualitário também abrange uma resolubilidade completa de demandas de saúde do usuário e dos fatores capazes de intervir na qualidade de vida deste^[14], tal qual evidenciado pelo conselheiro E6:

[...] [Acesso à saúde enquanto um direito] é eu chegar na unidade, falar das minhas necessidades, conseguir ser ouvida, conseguir ser atendida e conseguir ter a solução dos meus problemas, do que eu fui reivindicar, do que eu fui buscar, é saúde. Mesmo que eu não chegue com um problema instalado ou conhecido, mas que eu tenha acesso do direito a minha prevenção para já não ter a doença ou não ter problemas de saúde (E6).

Nesta fala, é perceptível que a concepção ampliada de saúde é também relacionada ao acolhimento por parte da equipe, enquanto um fator primordial para a promoção de um acesso efetivo.

O acolhimento advém de uma construção coletiva que tem como objetivo a produção de relações de confiança e compromisso entre o usuário, o trabalhador e o serviço de saúde, de maneira que pode ser um importante facilitador ou uma barreira de acesso à APS, que na maioria das vezes funciona como a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde^[17].

Nesse sentido, o acolhimento pode ser traduzido no cotidiano dos serviços prestadores de saúde em saber receber, se comunicar, ouvir e dar respostas apropriadas às necessidades que surgem, de maneira que a aplicabilidade deste constitui uma base sólida para a humanização do cuidado, a partir da construção de vínculo e da responsabilização do usuário e do profissional na resolubilidade da sua demanda^[18].

Então, para garantia desta resolubilidade, o direito à saúde deve ser fundamentado por intermédio de um acesso facilitado aos serviços de saúde e embasado em um sistema de cuidados acessível ao usuário^[1], tendo em vista que o sujeito que usufrui deste direito é também aquele que está em melhores condições de viver o sentido da existência e é através disso que este se torna o próprio objeto de sua invenção e autoconstituição^[19].

Nesse sentido, o acesso é tido como a oportunidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário e reflete as características da oferta e dos fatores que facilitam ou perturbam a capacidade dos usuários efetivarem o uso desses serviços. Dessa maneira, está relacionado a quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços; entendendo-se que a promoção de um acesso universal e igualitário demanda que tais elementos sejam equivalentes a todos os usuários, mesmo diante de suas demandas particulares^[15].

Acesso à saúde como direito

A partir da lógica do acesso enquanto direito universal, é importante que percebamos o quão as desigualdades sociais produzem efeitos na garantia do acesso, principalmente pelos contextos históricos e estruturais existentes que culminam em barreiras que se interseccionam e potencializam as dificuldades enfrentadas por alguns grupos sociais^[20].

No entanto, como referido pelos conselheiros E2 e E3, ainda que se trate de um direito, na realidade, nem todos os sujeitos usufruem dele.

[...] eu acho que todo mundo tem direito a um acesso à saúde, mas é negado, muita coisa é negada que não deveria ser (E2).

Infelizmente, quando a gente fala 'direito', não é que esse direito seja garantido (E3).

Nessa perspectiva, o grande problema da concretização dos direitos sociais tem sido a lacuna na prestação efetiva e eficiente dos serviços públicos básicos, e não a legislação, haja vista que a saúde é garantida em teoria a todo e qualquer cidadão pelo arcabouço jurídico do Estado brasileiro^[14].

Dessa maneira, mesmo diante dos avanços conseguidos no SUS, a maior parte dos problemas deste sistema estão relacionados ao processo transitório entre a teoria e a realidade em suas propostas, visto que, apesar do acesso universal e igualitário à saúde ser um direito previsto em lei, na maioria das vezes, não se trata de uma realidade aplicável para a população, o que reflete uma sociedade promotora de exclusão, e não da igualdade prevista em âmbito jurídico^[21].

A principal consequência disso retratada na compreensão dos conselheiros é de que, quando esse acesso não é garantido ou até mesmo é negado, muitos usuários não têm condições de migrar para o serviço privado de saúde e, dessa forma, ficam desassistidos, conforme observado por E7:

Eu acredito que o sistema nega, nega alguns procedimentos, e no âmbito do SUS, nega alguns atendimentos e não tem aquela sensibilidade de acolher o seu público [...] e, por sua vez, são pessoas que não têm nenhum recurso econômico para migrar para outro sistema de saúde que seja o privado/particular (E7).

Nesse contexto, em um estudo que dispõe acerca de fatores que se associam ao acesso aos serviços de saúde brasileiros aponta que não possuir plano de saúde privado relaciona-se a um pior acesso aos serviços de saúde, de maneira que pessoas dependentes exclusivamente do SUS estão mais vulneráveis a um elevado número de morbidades e a fragilidades a outras condições de saúde, o que, por sua vez, implica uma maior necessidade de uso do serviço público e uma elevada chance de se deparar com mais barreiras no acesso^[15].

Logo, o que se pode observar é que “o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”, tendo-se em vista que os ideais de equidade, integralidade e universalidade não se aplicam à realidade de muitos cidadãos^[22]. Diante dessa lacuna, o acesso à saúde pública é, então, vinculado a uma perspectiva errônea e limitada que considera que os recursos e serviços disponibilizados pelo setor público destinam-se apenas aqueles sujeitos com menores condições socioeconômicas, que não possuem condições financeiras para arcar com os custos em saúde, conforme observado na fala do conselheiro E4:

Porque se tem a unidade tem as medicações é para suprir realmente a comunidade, aqueles que não tem o dinheiro (E4).

Nessa perspectiva, as condições de saúde da população são intrínsecas à questão social e muitas são as barreiras diante do acesso à saúde, vivenciadas sobretudo pela população mais pobre. No entanto, é necessário afastar-se da ideia que associa o direito à saúde à medicina para pobres, pois a questão social impõe condições diferenciadas (injustas), mas que podem ser manejadas pelo princípio da equidade^[23].

Nesse contexto, a equidade, enquanto princípio do SUS, é a organização de ações e serviços de saúde diferentes direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente^[5], tendo em vista que o problema não é apenas que existem diferenças em saúde, visto que elas existirão em se tratando de

pessoas e sociedades diferentes, o problema central constitui-se nas diferenças de saúde injustas^[24]. Desse modo, se é desejada uma sociedade com menos desigualdades injustificáveis, é necessário construir uma sociedade com menos injustiças sociais.

Participação popular na garantia do acesso à saúde

A construção dessa sociedade requer a superação da postura passiva da sociedade e da cultura política que se reproduz no Brasil e traduz a assistência à saúde como um favor ou uma benesse, não como um direito no qual cabe monitorar, fiscalizar, acompanhar, propor e, assim, participar ativamente na tomada de decisões^[7].

Nessa ótica, os conselheiros E2, E5, E4, E6 e E7 convergem ao destacarem a importância da participação popular na busca pela consolidação destes princípios e direitos na prática:

[...] você também tem que saber onde estão os seus direitos, porque teve algo que eu vi que estava demorando, eu procurei a justiça e teve coisa que, quando eu procurei a justiça, com menos de três semanas foi liberado (E2).

[...] [Direito à saúde] é tipo buscar seus, já está falando, buscar seus direitos, tipo assim, às vezes, como a cota, não tem vaga, aí vai ficar de braços cruzados? Vai fazer nada? Então, tem que correr atrás do objetivo, do que ela está precisando, não é esperar de braços cruzados (E4).

Ter direito à saúde é aquela que, quando chega numa unidade de saúde, ela resolve seus problemas de saúde, entendeu? Direito é isso. E ela tem que correr atrás de seus direitos também, porque, se não correr atrás, não consegue nada (E5).

[...] porque é um direito ter saúde e é um dever buscar a saúde, o usuário (E6).

É um dever do cidadão ter direito à saúde e ter o direito à saúde de qualidade. E, para buscar isso aí, nós temos que o que? Que cobrar o Sistema Único (SUS), que nós sabemos que tem recursos para isso, há recursos (E7).

Então, o entendimento da comunidade sobre a importância de participação nas decisões em saúde, de modo a fortalecer a ideia de corresponsabilidade entre dispositivos institucionais e não institucionais pode fortalecer a efetivação do SUS, a organização das políticas públicas e a inclusão social^[25].

Para isso, é necessário superar a postura passiva e a cultura política que traduz a assistência à saúde como um favor ou uma benesse, não como um direito no qual cabe monitorar, fiscalizar, acompanhar, propor e, assim, participar ativamente na tomada de decisões^[7].

Em meio às dificuldades, por outro lado, é importante também destacar que mudanças na atenção à saúde da população são inegavelmente notadas a partir da implementação do SUS, sobretudo no que tange à ampliação da oferta de serviços, de profissionais e de possibilidades de acesso^[26].

Conforme ressaltado pelos conselheiros E1 e E6, as potencialidades do SUS na consolidação do acesso à saúde como um direito estão fortemente relacionadas à consolidação da cidadania e, mesmo com todas as dificuldades e fragilidades, a criação deste sistema gerou conquistas e resultados importantes.

Bem, nós temos aí o SUS, que o SUS é maravilhoso. A pessoa pode achar que é difícil, é difícil! Mas ele atende a todos, todas as áreas que a pessoa vai procurar o SUS atende. Só que é um pouco difícil (E1).

Direito à saúde, eu entendo que todo cidadão ele tem o direito de ter acesso, de ter conhecimento e de utilizar do sistema de saúde, que é, em geral, e para a comunidade e para nós, o SUS (E6).

Revela-se a partir destas falas o paradoxo que o SUS vivencia, pois ao mesmo tempo em que este sistema dispõe de um arcabouço legal que busca atender a toda a população, infelizmente, na prática, muitas pessoas ainda têm dificuldade de ter acesso a determinados serviços de saúde, devido à relação com fatores que vão além da prestação de assistência pautado no modelo biomédico de cuidado à saúde.

Considera-se, portanto, que a constituição de um SUS pleno perpassa pelos valores e princípios políticos e organizativos que tornam esse sistema capaz de construir a saúde enquanto um direito de todo cidadão em seu sentido ampliado, que vai além da provisão de serviços e ações de cura e reabilitação, mas também a prevenção de doenças e riscos, a vigilância e a promoção de saúde^[27].

Dessa forma, garantir o acesso aos serviços de saúde enquanto um direito é garantir ao usuário condições de ter suas demandas e necessidades atendidas quando este adentra o sistema de saúde e, para tanto, faz-se fundamental reorientar o modelo de atenção do SUS com o fortalecimento das práticas de promoção de saúde e articulação intersetorial/interprofissional dirigida à ampliação da cobertura e melhora da qualidade das ações em todos os níveis de atenção e promoção^[6].

Para tanto, a participação da sociedade no controle social por meio de espaços como os CLS é fundamental para que os direitos coletivos sejam garantidos, de modo que, essencialmente, ocorra a efetivação do acesso universal aos serviços e uma assistência à saúde equânime e integral, possibilitando, assim, a resolubilidade das demandas sociais^[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os espaços de participação da comunidade no SUS, como os CLS, são muito importantes por permitir que a população participe das discussões, proposições, controle e deliberações sobre as políticas públicas de saúde o que irá influenciar no desenvolvimento de ações para garantir o acesso à saúde.

Os resultados mostram que os conselheiros locais de saúde compreendem a fundamentação legal da saúde enquanto um direito, no entanto evidenciam que este nem sempre se concretiza

na prática, já que é preconizado em teoria um acesso universal e igualitário aos serviços e recursos de saúde pública que não é vivenciado por alguns cidadãos. Esse contexto gera lacunas de acesso à saúde que mantêm parte da população brasileira sem uma atenção à saúde de qualidade e de ações reducionistas, o que vai de encontro aos princípios e diretrizes estabelecidos no nosso sistema de saúde.

Nesse sentido, são apontadas pelos conselheiros tanto as dificuldades que reduzem a atuação do SUS na prática, quanto às potencialidades deste sistema em proporcionar um atendimento integral por meio da garantia da tríade “prevenção, promoção e tratamento” em saúde para todos os usuários, a partir da qual a realidade brasileira pode se aproximar da efetivação dos direitos conforme proposto.

O entendimento disso contribui para que os conselheiros atuem sobre a minimização das lacunas que ainda persistem diante da concretização do acesso como um direito universal, mas que também atuem sobre a ampliação das potencialidades que o SUS oferece, tendo em vista que são espaços de tomada de consciência e protagonismo popular nas lutas pelo direito à saúde.

Uma das limitações deste estudo está relacionada ao fato dos resultados encontrados não poderem ser generalizáveis, pois retratam especificamente a realidade de um município, mas, é importante destacar que os resultados podem ser similares com a realidade de outras cidades do mesmo porte. Além disso, outra limitação diz respeito à pequena quantidade de CLS ativos no município durante a realização da coleta de dados, o que influenciou consequentemente na quantidade de conselheiros participantes.

Todavia, ressaltam-se as potencialidades deste estudo em corroborar com as discussões sobre a temática em questão a partir da perspectiva dos conselheiros locais de saúde, em se tratando de sujeitos inseridos na realidade de cada comunidade e que, portanto, possuem legitimidade para supervisionar e acompanhar o funcionamento do sistema público de saúde a partir de um olhar mais preciso das transformações necessárias que podem levar à consolidação de um melhor acesso à saúde pública para todos.

FINANCIAMENTO

Programa de Bolsa de Iniciação Científica da UEFS (PROBIC/UEFS).

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Conceituação (Conceptualization): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo. Metodologia (Methodology): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo; Marcio Costa de Souza; Mariana de Oliveira Araujo. Investigação (Investigation): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo. Redação - Rascunho original (Writing - Original Draft): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo. Redação - Revisão e edição (Writing - Review & Editing): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo; Marcio Costa de Souza; Mariana de Oliveira Araujo. Supervisão (Supervision): Bianca de Oliveira Araujo. Administração do projeto (Project administration): Geovana Pinheiro Carvalho; Bianca de Oliveira Araujo.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis* (Rio J). 2020;30(3):e300330. DOI: 10.1590/S0103-73312020300330.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição Federal da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [citado 2025 Jan 23]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1990 [citado 2025 Jan 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

4. Araujo MO, Nascimento MAA, Araujo BO. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. *Rev APS*. 2019;22(1):63-75. DOI: 10.34019/1809-8363.2019.v22.15844.
5. Assis MMA, Abreu de Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-2875. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100002.
6. Souza MC, Santos RS, Brito VCSG, Borges JCS, Souza JN, Camelier FWR et al. Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico. *Res Soc Dev*. 2023;12(1):e3412139473. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39473.
7. André AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Rev Saúde Redes*. 2021;7(2):217-237. DOI: 10.18310/2446-4813.2021v7n2p217-237.
8. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1990 [citado 2025 Jan 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.
9. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Rev Saúde Debate*. 2021;45(131):1199-1213. DOI: 10.1590/0103-1104202113118.
10. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc*. 2017;26(2):411-423. DOI: 10.1590/S0104-12902017170049.
11. Roque CMT, Sá ACL, Dantas BMS, Almeida ID, Espínola LMLB, Sousa MBC, et al. Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(17):e17101724186. DOI: 10.33448/rsd-v10i17.24186.
12. Araujo BO, Nascimento MAA, Oliveira LCF, Araujo MO. Atuação do Conselho Municipal de Saúde na garantia do acesso à saúde como direito. *Rev UNILUS Ensino Pesq*. 2024;21(63):1-25.
13. Minayo MCS, Deslandes R, Gomes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2016. 95 p.
14. Araujo BO. Alteridade do controle social no Conselho Municipal de Saúde: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde [Tese]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2023.
15. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210004. DOI: 10.1590/1980-549720210004.
16. Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. *Saúde Debate*. 2022;46(132):135-147. DOI: 10.1590/0103-1104202213209.
17. Guimarães ES, Gonçalves AA, Góis SRFSM, Simas KBF, Berry MCC. Acolhimento: uma possibilidade de ampliação ou uma barreira de acesso? *BOCA*. 2025;21(61):281-298. DOI: 10.5281/zenodo.14994545).
18. Feitosa MVN, Candeias R, Feitosa AKN, Melo WS, Araújo FM, Carmo JF, et al. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *REAS*. 2021;13(3):1-8. DOI: 10.25248/REAS.e5308.2021.
19. Silva MA, Teixeira ER, Pereira ER, Silva RMCRA, Rocha RCNP, Rondon SOB. Saúde como direito e cuidado de si: concepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):159-165. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0066.
20. Oliveira TS, Pereira AMM. Expressões das desigualdades de acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(7):e04932024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.04932024.
21. Guedes TA, Silva FS. Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. *BOCA*. 2023;13(37):111-129. DOI: 10.5281/zenodo.7584790.
22. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018.
23. Pitombeira DF, Oliveira LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1699-1708. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33972019.
24. Nedel FB, Bastos JL. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde? *Rev Saude Publica*. 2020;54(15):1-6. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001618.
25. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Rev Psicol Saúde*. 2021;13(2):155-164. DOI: 10.20435/pssa.v13i2.1090.
26. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Belido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1751-1762. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018.
27. Sousa DHAV, Araújo EA, Furtado FMSF, Lima FLA, Saldanha AA. Acesso aos serviços e percepções acerca da qualidade de vida e saúde: aspectos de vulnerabilidade ao adoecimento em cidades rurais. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):11419-11431. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-005.