

Experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo qualitativo

Sabrina Pontes Buziquia¹ (Orcid: 0000-0003-4125-7761) (sabrina.buziquia@gmail.com)

Tonantzin Ribeiro Gonçalves² (Orcid: 0000-0003-0249-3358) (tonanrib@yahoo.com.br)

Jardel Fischer Loeck³ (Orcid: 0000-0002-7818-946X) (jardelfischer@gmail.com)

José Roque Junges¹ (Orcid: 0000-0003-4675-0993) (jrjunges@unisinós.br)

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unisinos. São Leopoldo-RS, Brasil.

² Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil.

³ Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes - UNODC Brasil. Recife-PE, Brasil.

Resumo: Este estudo qualitativo e exploratório buscou compreender as experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). A produção de dados se deu por meio de observação participante, entrevistas e diário de campo no contexto de três serviços de Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do sul do país. Observaram-se distintos arranjos de participação em cada ESF, principalmente quanto aos planos de forças coletivas que se criavam, organizações sociais e parcerias ou mesmo a ausência desses. A partir do conceito de sujeito social e seu caráter relacional, a análise temática discutiu os pontos mais significativos dessa vivência nas categorias: Participação social formalizada nos Conselhos Locais de Saúde (CLS); e Singularidades do cotidiano da ESF como forma de efetivar a participação social. A construção de parcerias com setores diversos do município foi importante para aumentar o engajamento das comunidades nas ações para melhoria da saúde nos territórios, além da relevância das representações legítimas nos espaços dos CLS e o papel das equipes de saúde no fomento das ações participativas. Ainda, discute-se as implicações da paralisação das atividades coletivas nas ESF durante a pandemia de Covid-19 e a necessidade atual de retomada desses espaços.

► **Palavras-chave:** Participação social. Conselhos de Saúde. Atenção Primária de Saúde. Saúde da Família. Covid-19.

Recebido em: 19/02/2024

Revisado em: 15/04/2024

Aprovado em: 13/05/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434098pt>

Editora responsável: Daniela Savi Geremia | Pareceristas: Larissa Hermes Tombini, Felipe Machado e Valéria Madureira

Introdução

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 1990), que são instâncias de ação política com a finalidade de ampliar a participação na construção de direitos sociais. Incluir a dimensão societária nos espaços institucionais do SUS foi um avanço significativo no contexto de redemocratização do país e passou a motivar estudos sobre a participação a partir da relação entre atores sociais e instituições, bem como das possibilidades de combinar participação direta e representativa (Buziquia *et al.*, 2023; Santos; Avritzer, 2002; Scherer-Warrer; Luchmann, 2015).

Ampliar a participação dos diversos segmentos no processo de tomada de decisão tem proporcionado a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, buscando, na redefinição de identidades e vínculos, aumento da participação. Entretanto, diversos estudos têm mostrado que a participação não se assegura apenas com a existência formal dos espaços de participação social, pois suas ações tendem a se burocratizar e restringir-se às ações fiscalizadoras, diminuindo sua potência frente ao papel dominante do Estado na construção desses espaços (Gomes; Orfão, 2021; Guizardi *et al.*, 2004; Escorel; Moreira, 2012; Rocha; Moreira, 2022).

Nesse contexto, merece destaque a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) como loco facilitador da participação, em particular no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) adota o modelo ESF como estratégia prioritária de expansão e consolidação da APS nos territórios, configurando um processo progressivo e singular de cuidado integral que deve abarcar as especificidades locorregionais e suas dinamicidades (Brasil, 2017). Ao vincular mais de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família (Paim, 2018), a APS pode estimular a construção de espaços de reflexão crítica, ao preconizar a coalizão entre usuários em seus territórios e trabalhadores do SUS e, assim, auxiliar na articulação de demandas por novas correlações de forças entre sociedade-Estado.

Esse formato de organização do trabalho, inaugurado com o modelo ESF em 1994, modificou o modo de prestação da assistência, embora seja objeto de permanente disputa política e ameaças neoliberais recentes (Mitros *et al.*, 2023). O modelo tem como foco o estabelecimento de vínculos e a corresponsabilização

entre trabalhadores da saúde e população usuária dos serviços, compreendendo o processo de cuidado muito além do atendimento a doença (Lavras, 2011; Mendes, 2015). Assim, o modelo ESF implica a produção de cuidado a partir da ótica dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, na busca pela construção compartilhada do bem-viver e da efetivação de um projeto emancipatório que articule dimensões contra hegemônicas de saber, poder e direitos na sociedade (Gohn, 2019; Pinheiro; Matos, 2005; Stotz; Araújo, 2004). Desse modo, a produção do cuidado em saúde no âmbito do modelo ESF envolve, intrinsecamente, a participação social como elemento central para superar as iniquidades.

Promover o envolvimento da comunidade e mobilizar a participação social é uma importante atribuição da APS (Brasil, 2017). Como resultado da democratização do país e condição central para a expansão do ideal democrático, os mecanismos de participação social no SUS requerem o envolvimento direto dos diversos atores sociais na apropriação e criação de ferramentas normativas, técnicas, materiais, políticas e relacionais que os permitam interferir nos processos de discussão, deliberação e controle das políticas de saúde (Brasil, 2009; Bispo Júnior; Martins, 2014; Miwa; Serapioni; Araújo, 2017). Assim, a participação social deve ser pensada no cotidiano das ações dos serviços de saúde no sentido de fomentar a consciência dos usuários e trabalhadores sobre a dimensão política das relações nos territórios (Guizardi, 2009).

O Conselho Local de Saúde (CLS) é um dispositivo que pode ampliar a participação nos serviços de saúde, pois geralmente são implementados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios e buscam fortalecer as ações de saúde e o empoderamento da população local a partir da mobilização e participação comunitária (Bispo Júnior; Martins, 2014; Miwa; Serapioni; Araújo, 2017). O CLS tem sido visto como espaço privilegiado para acolher as necessidades da comunidade por ser menos formal e burocratizado (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015).

Sabe-se que as experiências localizadas têm indicado possíveis caminhos para uma democracia efetivamente participativa, ao incluir os destinatários das ações e dos serviços de saúde como participantes e corresponsáveis por essa construção, a partir das vivências dos sujeitos que se expressam e se constroem na prática cotidiana. Entretanto, é necessário a criação de estratégias que busquem garantir a participação dos sujeitos na definição do seu modo de caminhar na vida, uma luta pela garantia do direito à saúde no próprio encontro entre profissionais e usuários (Pinheiro; Matos, 2005; Stotz; Araújo, 2004; Globekner, 2011; Mendes, 2015).

Assim, a questão da participação social deve ser pensada a partir dos sujeitos que se constituem no processo de interação com os outros. Entende-se que o sujeito age no e sobre o mundo, e nessa ação se produz e, ao mesmo tempo, é produzido no conjunto das relações sociais (Charlot, 2000). Cabe aqui pontuar uma visão do sujeito centrada na noção de intersubjetividade, ou seja, que reconhece o caráter relacional e a inerente identidade e historicidade dos indivíduos e grupos (Ayres, 2001; Maluf, 2013). Nesse sentido, a participação social reflete as relações dialógicas e historicamente situadas entre os sujeitos, sendo que sua potência depende do agenciamento de novas competências e da construção de dispositivos que possibilitem aos coletivos intervir em espaços de discussão e deliberação, fazendo emergir cidadãos capazes de tomar decisões e emitir opiniões (Nunes *et al.*, 2018).

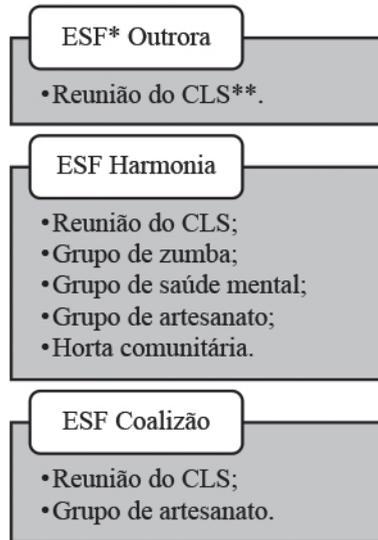
Portanto, buscando captar a complexidade no campo da produção de cuidados em saúde, o presente estudo objetivou compreender as experiências de participação social no contexto da ESF, enfocando o envolvimento dos diferentes atores sociais nos processos de construção de ações participativas nos seus territórios.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e com uso de análise de conteúdo temática (Braun; Clarke, 2006). O estudo foi realizado entre os anos 2019 e 2021 em três ESFs de um município localizado no sul do país. Ser uma ESF e possuir um CLS ativo vinculado foram critérios de inclusão para a pesquisa. Salienta-se que a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece os CLS como instrumento de participação, porém, esses dependem de iniciativas locais.

Em 2019, para buscar uma aproximação com sujeitos sociais que compunham a APS e compreender a dinâmica de funcionamento dos territórios, a primeira autora acompanhou as reuniões mensais dos CLS e participou de outras atividades coletivas nos grupos de promoção da saúde nas ESF estudadas. A coleta de dados nesses espaços se efetivou por meio de observação participante e diário de campo. A Figura 1 ilustra as atividades coletivas acompanhadas em cada ESF.

Figura 1. Atividades coletivas das unidades de Estratégia Saúde da Família estudadas, 2019.



*Estratégia Saúde da Família/**Conselho Local de Saúde.

Fonte: os autores, 2021.

O objetivo foi vivenciar diferentes experiências, formais e informais, de participação social que aconteciam naquele determinado tempo-espço. Ao acompanhar os grupos de promoção da saúde foi possível participar dos encontros entre os sujeitos para além das reuniões mensais dos CLS, proporcionando maior aproximação e intimidade com o contexto pesquisado.

Com o isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19 a partir de março de 2020, o trabalho de campo foi retomado só em 2021, quando foi reestabelecido contato com os sujeitos sociais das ESF. Como não foi possível retomar as observações, pois as atividades coletivas permaneciam suspensas, nesse segundo momento, optou-se por convidar os conselheiros locais para entrevistas individuais. Assim, foram entrevistados nove conselheiros, sendo três usuários, três profissionais e três gestores, respeitando-se as medidas sanitárias. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

O *corpus* analítico se constituiu, portanto, das observações, das anotações no diário de campo, produzido ao longo de toda pesquisa, e das entrevistas. Foi empregada análise de conteúdo temática para identificar temas e padrões recorrentes

nos dados, privilegiando as experiências, perspectivas e diversidade nas narrativas dos participantes (Braun; Clarke, 2006). A codificação envolve seis fases: a familiarização com os dados; a geração de códigos iniciais; a identificação de temas; a revisão dos temas; a definição e nomeação dos temas; e a produção do relato dos dados agregados nos temas (Souza, 2019). No presente estudo, a construção dos temas contemplou tanto elementos êmicos, a partir de um olhar indutivo, como também buscou articular o pressuposto teórico do sujeito social, produzido no conjunto das relações sociais, para compreender as experiências de participação na APS.

A Tabela 1 caracteriza os conselheiros locais de saúde que participaram da entrevista e que atuavam nos CLS em 2019 no município, em seguida, uma breve caracterização das comunidades no que se refere a participação social. Dos nove conselheiros entrevistados, a maioria era mulher (n=7), com mais de 40 anos, com ensino médio ou superior completo. A maior parte era profissional de saúde.

Tabela 1. Características dos conselheiros locais de saúde entrevistados, 2019.

Local	Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tempo de atuação no CLS*
ESF Outrora	P1	F	51	Médio completo	ACS**	3 anos
	G3	F	39	Superior completo	Psicóloga	1 ano e 6 meses
ESF Harmonia	U2	F	62	Médio completo	Comerciante	4 meses
	U3	M	63	Fund. Incompleto	Aposentado	Não soube informar
	P2	F	52	Médio completo	ACS	1 ano
	P3	F	30	Superior completo	Dentista	1 ano
	G1	F	37	Superior completo	Enfermeira	1 ano
ESF Coalizão	U1	M	45	Médio completo	Porteiro	1 ano
	G2	F	44	Superior completo	Dentista	4 anos

*Conselho Local de Saúde/**Agente Comunitária de Saúde.

Fonte: os autores, 2021.

Para resguardar o sigilo tanto dos contextos como dos participantes, a presente pesquisa atribuiu como nomenclatura dos locais estudados: ESF Outrora, ESF Harmonia e ESF Coalizão. A identificação das ESF buscou enfatizar as características

mais marcantes da participação social em cada comunidade. A ESF Outrora era uma comunidade perpassada por uma experiência nostálgica de participação social, não mais vivenciada da mesma forma, e que fora agenciada por uma profissional que não era mais parte da equipe. Já a ESF Harmonia era uma comunidade em que a participação social se caracterizava por relações positivas e isonômicas, boa comunicação entre profissionais e usuários e com muitas ofertas de atividades coletivas pela equipe. A ESF Coalizão tinha uma comunidade caracterizada por união e lideranças fortes derivadas da necessidade de lidar com a vulnerabilidade social e violências no território. Tais qualidades, porém, eram vividas como intimidadoras pela equipe que tinha relação difícil com os usuários. Por fim, para identificar os participantes entre usuários, profissionais e gestores, designou-se: U1, U2, U3, P1, P2, P3, G1, G2 e G3. Os representantes da gestão ocupavam o cargo de apoiadores institucionais, cada um vinculado à uma das unidades de ESF estudadas.

Os aspectos éticos que nortearam esta pesquisa obedeceram à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 22549519.8.0000.5344.

Resultados e Discussão

Para discutir os pontos mais significativos encontrados nas experiências de participação social no contexto da APS do município e de como se deu o envolvimento dos sujeitos sociais nos processos de construção de ações participativas nos seus territórios, foram elaboradas duas categorias: Participação social formalizada nos Conselhos Locais de Saúde; e Singularidades do cotidiano da Estratégia Saúde da Família como forma de efetivar a participação social. A seguir, cada categoria será apresentada e discutida, trazendo-se vinhetas e relatos para ilustrar os temas construídos.

Participação social formalizada nos Conselhos Locais de Saúde

Nos contextos pesquisados, a participação dependia das diferentes relações de forças entre os sujeitos sociais nos CLS, pois cada conselheiro possuía pontos de vista particulares sobre esse espaço, seja por buscar atender interesses próprios ou do coletivo que representava. Gestores e profissionais, por exemplo, pareciam se apropriar de conceitos e diretrizes do SUS e faziam suas interpretações sobre a participação social pautadas no conhecimento técnico que possuíam. Já os usuários

entendiam a participação a partir das experiências e dificuldades que vivenciavam no dia a dia dentro de cada território. Mesmo sendo notáveis as distintas perspectivas a partir dos diferentes lugares de fala (profissional, usuário e gestor), os relatos do usuário e da gestora da ESF Coalizão reiteravam a importância do espaço formal do CLS como forma de manter um canal de vocalização dos interesses da comunidade e da própria efetivação democrática no país:

É muito importante que cada comunidade se una para ter o seu Conselho Local, porque se existe alguma demanda que você queira expor ou queira estar levando uma pauta para a Secretaria de Saúde, você tendo o Conselho Local, você tem mais força lá dentro. (U1, ESF Coalizão)

Não existe democracia sem controle social, essa é a questão para mim. Quando a gente ouviu sobre a extinção dos Conselhos nacionais [referência ao Decreto 9.759 de 11 de abril de 2019, que extinguiu diversos conselhos e comissões de articulação com a sociedade civil], isso começa por ali, então acho que tem que trazer também essa consciência para os usuários. (G2, ESF Coalizão)

Ademais, as falas da usuária e da gestora da ESF Harmonia mostram os CLS como espaços capazes de promover a interação entre os diferentes sujeitos envolvidos, as interlocuções para decisões coletivas e as potencialidades que surgiam desses encontros ao proporcionar diálogos na busca de resoluções e na confluência de interesses diversos:

É uma coisa muito boa dentro dos bairros, esses conselhos, porque a comunidade se interagindo junto a gente consegue ter um resultado melhor em qualquer situação. [...] que não parta só da administração do município, mas também da comunidade ajudar. (U2, ESF Harmonia)

Poder ouvir o que o usuário tem a dizer e sugerir em relação ao trabalho, apontar também o que não está sendo atendido e poder construir melhorias para comunidade. (G1, ESF Harmonia)

Assim, o CLS era entendido como espaço de efetiva participação da comunidade no SUS, pois seria um espaço que insere concretamente os sujeitos no processo e, por conseguinte, contribui para a concretização da cogestão (Miwa; Serapioni; Araújo, 2017). Trata-se de um espaço implementado dentro do serviço de saúde que surge da iniciativa dos sujeitos que vivenciam aquele cotidiano específico (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Bispo Júnior; Martins, 2014).

Entretanto, nas observações das reuniões do CLS nas ESF Outrora e ESF Harmonia, notou-se que, embora os CLS atuassem dentro das ESF com maior proximidade das demandas da comunidade, ainda pareciam ter pouca força

mobilizadora. A falta de apropriação desses espaços reforça que apenas instituir conselhos não efetiva a participação, como evidencia as falas das entrevistadas:

Poucos participam, acho que as pessoas não gostam. Se eu moro aqui no bairro, tudo de melhoria que tiver na unidade é para mim também. É porque não quer se envolver. (P1, ESF Outrora)

Tu vê pouco interesse também das pessoas. Só que daí na hora de reclamar, meu Deus, daí todo mundo reclama! (U2, ESF Harmonia)

O pessoal acha que o Conselho não é importante, o pessoal acha que o Conselho não vai resolver nada, mas na verdade resolve. (P2, ESF Harmonia)

Percebeu-se que a baixa participação dos sujeitos no CLS se deu também porque estar nesses espaços implicava absorver responsabilidades e lidar com burocracias. Assim, o CLS não precisava reproduzir as estruturas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com regulamentos, pautas prévias e atas, mas ser compreendido como espaço a ser reinventado a partir das relações daqueles sujeitos inseridos no cotidiano do território, sujeitos ativos e, portanto, criativos e produtores da própria realidade, capazes de construir processos direcionados ao seu bem-viver (Giugliani; Cesa; Flores, 2020; Guizardi, 2009; Brasil, 2009; Bispo Júnior; Martins, 2014).

A questão da legitimidade dos representantes no CLS e da qualidade do vínculo era vista como ponto fortalecedor na construção das ações participativas do dia a dia, assim como facilitava as aproximações com o CMS e com a gestão municipal. Na ESF Coalizão, uma liderança comunitária se colocava como interlocutor para intermediar a relação com a gestão, o que salienta o caráter dialético da participação social:

Mesmo ele não estando mais no Conselho, por ele ser um representante da comunidade bem importante, a gente sempre conversou com ele e pedia o auxílio dele para estar em contato com a comunidade e para trazer a comunidade. (G2, ESF Coalizão)

Já na ESF Outrora, tanto a fala da gestora como da profissional entrevistada remeteram a um sentimento nostálgico do período em que uma enfermeira atuava no serviço, pois desenvolvia boa interlocução com a comunidade. Ela organizava, junto aos membros do CLS, diversos eventos na praça próxima (comemorações do Dia das Mães, Dia das Crianças, aniversários etc.) e colocava fotos dos eventos nas paredes da recepção da ESF, o que trazia uma sensação de identidade e pertença para aquele coletivo. Essa sensação de pertencimento que certos sujeitos imprimem ao resto do grupo parece ampliar o interesse da população em participar, sendo

capaz de produzir a participação em várias direções, algumas delas inusitadas e próprias de um coletivo específico.

Sobre os elementos trazidos à tona pela pesquisa é interessante refletir que as dificuldades em participar nos canais formais não necessariamente indica uma completa ausência de interesse, mas que os sujeitos sociais podem produzir outras formas de participar de ações coletivas em paralelo a esses espaços (Giugliani; Cesa; Flores, 2020; Quintanilha; Sodré; Dalbello-Araujo, 2013). Assim, não se deve pensar no fracasso dessas instâncias pela quantidade de sujeitos que participam das reuniões mensais ou daqueles que a utilizam para interesses individuais, mas a partir de representa es legítimas, como potências pensantes e políticas, que emergem desses espaços, agindo como interlocutores capazes de expandir a participa o para outras a es do cotidiano.

Singularidades do cotidiano da ESF como forma de efetivar a participa o social

Nesta categoria, discute-se o papel dos sujeitos sociais nas rela es estabelecidas no cotidiano da ESF, dos grupos de promo o da saúde, das manifesta es espontâneas nos serviços e dos diversos interesses que se confrontavam a partir das intera es e afetos que se davam nesses encontros, bem como do questionamento das práticas instituídas e das rela es de poder envolvidas.

Parte-se da ideia de que institucionalizar um espaço de participa o, como   o caso dos CLS, não   suficiente para promover a mobiliza o social e o engajamento da comunidade (Buziquia *et al.*, 2023; Lisboa *et al.*, 2016; Bispo Júnior; Martins, 2014), já que a própria institucionaliza o pode gerar entraves e burocracias que a obstaculizam. Por exemplo, nas ESF Coalizão e Outrora, notou-se que os movimentos gerados pela participa o dependiam dos vínculos de parceria estabelecidos, dos elos sociais entre os diferentes sujeitos envolvidos e da constru o de novas formas de coopera o. Como ilustram os relatos a seguir, tais aspectos eram cruciais para amplificar a potência e as reverbera es da participa o:

Eu gosto sempre de ter parcerias, então a gente tem uma parceria muito boa com a escola e com o posto de saúde. [...] aquilo ali (constru o da fachada da ESF) foi tudo a o que a gente fez, alguns vieram de doa es da ferragem, outros a gente comprou com o dinheiro que sobrou do “Galeto” (a o da comunidade) e as flores a comunidade mesmo doou. (U1, ESF Coalizão)

A gente fazia artesanatos para vender, fazia rifa para conseguir dinheiro, para fazer o que a gente queria, algumas coisas a gente pedia [...], se ia fazer uma hortinha com pneus a gente ia na borracharia pedir, as plantinhas, ia na pecuária, e as flores, na floricultura. (P1, ESF Outrora)

Assim, a participação social advinha da vontade da população e dos sentidos que iam sendo atribuídos a ela no percurso. Com isso, entende-se que não basta os gestores e trabalhadores criarem Conselhos, mas é preciso que os modos de fazer, seja na criação das diversas instâncias participativas ou na manutenção delas, possibilitem que os usuários dos serviços se reconheçam como pertencentes aos espaços. Portanto, coloca-se a importância de escapar do enrijecimento dos processos participativos, permitindo, cotidianamente, a invenção de formas singulares de ação e diálogo entre os atores que possam transcender a simples execução e fiscalização previstas nas normas existentes (Giugliani; Cesa; Flores, 2020; Guizardi, 2009; Quintanilha; Sodré; Dalbello-Araújo, 2013; Bispo Júnior; Martins, 2014; Lisboa *et al.*, 2016).

A experiência da construção de uma horta comunitária, iniciativa de uma das agentes comunitárias de saúde da ESF Harmonia, ilustra a importância do protagonismo dos sujeitos sociais e das relações singulares que vão se construindo ao longo do processo. O terreno da horta teve que ser adquirido junto a prefeitura do município e os materiais para o manejo da terra e oficinas práticas vieram da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER). Ainda, foi feita uma parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para organizar a distribuição dos canteiros para as famílias, priorizando as mais vulneráveis e que precisariam do alimento ali produzido.

Também, nas experiências com os grupos de artesanato, na ESF Harmonia e na ESF Coalizão, foi possível observar o protagonismo das usuárias. Nessas ESFs, os grupos de artesanato surgiram a partir da ressignificação e da apropriação dos grupos de saúde mental pelas mulheres. O encontro semanal dos grupos de saúde mental, antes ofertado pelos profissionais de saúde, começou a ser organizado pelas próprias usuárias, que passaram a utilizar aquele espaço para outra finalidade, a de confeccionar artesanatos, o que produzia para elas saúde e bem-estar.

Pontuam-se também as ações participativas suscitadas no contexto da pandemia de Covid-19, dos imprevistos e das reinvenções que se fizeram necessárias, e que ainda afetavam as dinâmicas sociais em escala global no momento da pesquisa. Notou-se, principalmente no período inicial da pandemia, uma suspensão imediata

dos CLS nos territórios das ESF estudadas, um desgaste físico e mental generalizado das equipes de saúde e a dificuldade de reconhecerem os espaços e as iniciativas de participação social como aliados no enfrentamento da crise. Agenciar a participação por meio da manutenção dos espaços dos CLS era vista como mais uma obrigação a ser feita, como relataram a gestora e a profissional da ESF Harmonia:

Realmente para os profissionais foi muito pesado, eu acho que ninguém estava com cabeça, porque tudo girava muito em torno da Covid. (G1, ESF Harmonia)

Eram outras questões. A gente se envolveu muito com PCR (Polymerase Chain Reaction, sigla em inglês para o teste rápido que detecta o vírus da Covid-19). Enfermeiro, dentista e médico fazendo aqueles exames, monitoramento dos pacientes. Acho que não tinha cabeça para esse tipo de coisa. (P3, ESF Harmonia)

Já na ESF Coalizão, o representante da comunidade relatou que os usuários pediram para que ele contatasse os gestores da saúde buscando uma solução para a falta de privacidade ao realizar o teste de Covid-19, pois se sentiam constrangidos de fazê-lo na frente dos seus pares e terem seus resultados anunciados. A comunidade já havia tentado falar direto com os profissionais de saúde sobre a situação, mas não tiveram suas demandas atendidas:

Minha última demanda como presidente de bairro foi agora no final do ano passado por causa da pandemia, justamente. [...] a gente sugeriu que eles adquirissem um biombo, para fazer o teste (de Covid-19) ali fora e ir embora sem constrangimentos. (U1, ESF Coalizão)

Verificou-se que a pandemia de Covid-19 potencializou movimentos novos que emergiam das afetações durante as trajetórias dos sujeitos e dos serviços de saúde, como a questão do estigma e da privacidade nos atendimentos no território. Ao mesmo tempo, a pandemia aprofundou as já presentes dificuldades de mobilização da participação popular em um contexto de baixa inclusão digital, como evidenciado por um estudo sobre as iniciativas das secretarias municipais da saúde durante a Covid-19 (Santos; Prado; Silveira, 2023). Nessa direção, entende-se que os sujeitos precisam reconhecer os territórios institucionais enquanto espaços nos quais seu saber e sua experiência são requisitados, como estratégia política e de transformação das realidades (Quintanilha; Sodré; Dalbello-Araujo, 2013; Guizardi, 2009).

Manifestações inesperadas e confrontantes também surgiram como formas de efetivar a participação e, embora, refletissem atritos entre a comunidade e os profissionais, devem ser entendidas como questionamentos ao instituído e as relações de poder unilaterais. Na ESF Coalizão, uma usuária não chegou no horário

agendado para a consulta e os profissionais se recusaram a atendê-la, pedindo que ela voltasse para casa. Alguns membros da comunidade, revoltados com a situação, agrediram verbalmente os trabalhadores na porta da ESF:

Foram lá no posto fazer ‘banzé’ mesmo, xingaram a equipe. O posto chamou a polícia, porque estavam se sentindo ameaçados [...]. E depois o posto ficou segunda e terça fechado por causa do medo. (U1, ESF Coalizão)

A fala acima demonstra, explicitamente, a insatisfação da comunidade frente aos protocolos de atendimento impostos pela ESF Coalizão. O representante da comunidade buscou intermediar a situação, levando o caso para os gestores da saúde, pois tais manifestações, quando consideradas no âmbito individual, podiam prejudicar o coletivo. Nesse caso, os usuários acabaram ficando desassistidos por dois dias, pois a manifestação provocou medo nos profissionais de saúde.

Em entrevista, o representante da comunidade relatou as dificuldades nas relações com os trabalhadores da ESF Coalizão, que enfrentaram resistência para implementar o CLS, pois entendiam a inclusão da comunidade nas decisões como um incômodo. Os próprios pesquisadores encontraram barreiras para prosseguir com o trabalho de campo naquela equipe, pois nenhum dos trabalhadores aceitou participar da pesquisa. Tratava-se de um território caracterizado por maior vulnerabilidade social e programática e que exigia maior atenção dos gestores no atendimento das necessidades da população. A conquista do CLS naquele território fez com que a voz da comunidade não pudesse ser silenciada, não como único meio de resistir, mas como mais um canal de expressão e inclusão do coletivo nas transformações da sua realidade.

A violência no contexto da sociedade brasileira é tributária de dificuldades históricas vinculadas a precariedade das condições de vida da população. Soma-se a isso uma alta demanda pelos serviços de saúde que, geralmente, é maior do que a assistência ofertada. Assim, o contexto mais amplo das violências sociais, combinado a um fluxo de atendimento aumentado, pode explicar alguns atritos nas relações profissionais de saúde e usuários (Oliveira; Dallari, 2015). Tal contexto reforça a necessidade de construir agendas de participação que considerem os processos sociais de luta diante de desigualdades sociais histórica e estruturalmente perpetuadas (Gohn, 2019).

Além disso, sabe-se que os serviços de saúde se utilizam de procedimentos técnicos, protocolos e condutas que priorizam uma lógica tecnicista, condutas que derivam da formação acadêmica dos profissionais de saúde que inclui escassamente o tema da participação social. Nesse sentido, a educação permanente em saúde aparece

como dispositivo para fortalecer espaços educativos que estimulem a tomada de decisão representativa da coletividade, formando sujeitos críticos, participativos e multiplicadores do ideal de participação, com trocas horizontais para que não apenas o saber científico seja validado, mas que integre as experiências vivenciadas pelos usuários em seus territórios e os saberes populares que dali podem emergir (Martins; Santos, 2012; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017). Talvez esse seja o grande desafio trazido pelo modelo ESF, o de saber lidar com os afetos e com aquilo que afeta, aspectos que podem ser contemplados em espaços de educação permanente que estimulem a práxis crítica (Quintanilha; Sodré; Dalbello-Araujo, 2013).

Os sujeitos sociais devem ser considerados como sujeitos de direitos, ativos e mantenedores dos sentidos das suas experiências (Costa; Lionço, 2006). Desta forma, no exercício da participação social, estes se transformam em protagonistas das suas necessidades e demandas, a partir das realidades sociais que orientam seus modos de vida e que definem o seu bem-viver (Brasil, 2009).

Portanto, propomos discutir como é possível construir e como efetivamente ocorrem outras configurações de participação no SUS além das vias formais, pois os usuários não expressam seus desejos apenas nos espaços instituídos (Guizardi, 2009). A participação social pede o envolvimento direto dos sujeitos e da apropriação de meios e instrumentos de participação que permitam interferir nos processos de produzir saúde (Bispo Júnior; Martins, 2014; Gomes; Orfão, 2021; Rocha; Moreira, 2022). No contexto da ESF, isso inclui debater o próprio cotidiano de funcionamento dos serviços, os problemas e as condições de saúde dos territórios, podendo isso acontecer por meio dos mecanismos formais de participação disponíveis, como o CMS e CLS, ou deixando emergir e dando lugar a formas singulares de reivindicação e diálogo.

Considerações finais

A interlocução entre Estado e sociedade por meio de espaços participativos tem sido parte da estrutura de gestão de políticas públicas desde o início do processo de redemocratização no Brasil. Entretanto, embora muitos estudos acerca dessa temática tenham como foco a institucionalização da participação e, no campo da saúde, principalmente na figura dos Conselhos e Conferências, entende-se que existem diferentes níveis dessa institucionalização e que outros movimentos de participação social também acontecem em paralelo a esses espaços. Portanto, reduzir uma multiplicidade a uma estrutura rígida, é reduzi-la a leis de funcionamento.

Este estudo evidenciou experiências de participação na APS que convergiam e divergiam dos espaços formais, a partir da relação dialética entre sujeitos sociais, políticas de saúde e territórios, as quais acreditamos terem sido potencializadas pelo modelo ESF. Os achados da pesquisa apontaram para distintas experiências de participação social desenvolvidas nos territórios. Essas experiências envolviam dificuldades, mas também potencialidades relacionadas tanto aos espaços formais dos CLS, como a situações emergentes, que advinham de singularidades de como se produzia cuidado em cada contexto a partir das relações estabelecidas entre os sujeitos sociais.

Este trabalho buscou olhar para o modelo ESF da APS como loco facilitador da participação social na saúde, visto a proximidade que exige com as relações sociais no território e as demandas que dali surgem, de forma local e específica. Nas experiências estudadas, notou-se que a participação social não se efetivava nas ESF apenas nos dias das reuniões mensais dos CLS, mas nas manifestações e movimentos de resistência e colaborações que surgiam como fruto das próprias dinâmicas relacionais nos territórios. Daí decorre a importância de pensar o CLS não como mecanismo institucional burocratizado, mas como parte dos agenciamentos que surgem nas relações sociais entre os diferentes sujeitos em interlocução com os serviços de saúde e os territórios: uma parte que dá sentido ao todo.

Embora o percurso metodológico do estudo tenha sido afetado pelas restrições da pandemia de Covid-19 e implicou até a interrupção das observações, buscou-se discutir a noção de participação social na sua forma mais ampliada, para compreender as multiplicidades, os movimentos e devires à luz das impressões sobre a participação nos territórios e dos relatos dos diferentes sujeitos sociais. Por fim, destaca-se a provisoriade dos achados da pesquisa, já que os territórios são expressivos e produzem desejos que são singulares e não estáticos.¹

Agradecimentos

Agradecemos aos interlocutores da pesquisa, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), por contribuírem com esta realização.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, set., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140042>.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, DF, 31 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) – ParticipaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- 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, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v.3, n.2, p.77-101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- BUSANA, J. de A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-9, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>.
- BUZIQUEIA, S. P. *et al.* Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, p. e220121pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220121pt>.
- CHARLOT, B. *Da relação com o saber: elementos para uma teoria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200006>.
- SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

- GIUGLIANI, C.; CESA, K. T.; FLORES, E. M. T. L. A escola como espaço de participação social e promoção da cidadania: a experiência de construção da participação em um ambiente escolar. *Saúde em Debate*, v. 44, n. esp. 1, p. 64-78, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S105>.
- GLOBEKNER, O. A. A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde. *Boletim Científico ESMPU*, Brasília, n. 34, p. 83-122, jan-jun. 2011. Disponível em: <http://boletimcientifico.escola.mpu.mp.br/boletins/boletim-cientifico-n-34-janeiro-junho-de-2011/a-construcao-social-do-conceito-de-saude-e-direito-a-saude>.
- GOHN, M. G. Teorias sobre a Participação Social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Caderno CRH*, v. 32, n. 85, p. 63–81, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>.
- GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>.
- GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jun., 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100003>.
- GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 9-34, mar./jun., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000100002>.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
- LISBOA, E. A. *et al.* Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, set-dez. 2016. Acessado em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>.
- MALUF, S. W. Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação. *Campos - Revista de Antropologia*, v. 14, n. 1/2, p. 131-158, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/campos.v14i1/2.42463>.
- MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conass; 2015.
- MITROS, V. M. S.; ROCHA, R. N.; COSTA, N. G. S. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 138, p. 444-461, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>.
- MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>.

NUNES, J. A. *et al.* A emergência do sujeito participativo: interseções entre ciência, política e ontologia. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 162-187, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-020004811>.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1059-1078, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400002>.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) por 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-unico-de-saude-sus-aos-30-anos/16737?id=16737>.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço público*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, ABRASCO, 2005.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no SUS: a participação rizomática. *Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 561-73, jul-set., 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000018>.

ROCHA, N. F.; MOREIRA, M. R. Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020). *Saúde em Debate*, v. 46, n. esp. 4, p. 26-43, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E402>.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, H. L. P. C.; PRADO, N. M. B. L.; SILVEIRA, D. C. S. Participação social na elaboração dos planos municipais de saúde em capitais brasileiras durante a pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3609-3617, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.20482022>.

SCHERER-WARREN, I.; LUCHMANN, L. H. H. (Orgs.). *Movimentos sociais e engajamento político: trajetórias e tendências analíticas*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2015. 287 p.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. Bras. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>.

Nota

¹ S. P. Buziquia: concepção do estudo, redação do artigo, análise e interpretação de dados, revisão da versão final. T. R. Gonçalves: concepção do estudo, análise e interpretação de dados, revisão da versão final. J. F. Loeck: análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo. J. R. Junges: concepção do estudo, análise e interpretação de dados, revisão da versão final.

Abstract

Experiences of social participation in the context of Primary Health Care: a qualitative study

This qualitative and exploratory study aimed to understand social participation experiences in the context of Primary Health Care (PHC). Data was collected through participant observation, interviews, and field diary in the context of three Family Health Strategy (ESF) services in a municipality in southern Brazil. Different participation arrangements were observed in each ESF, mainly regarding the collective forces created, social organizations, and partnerships or their absence. Using the concept of social subject and its relational ethos, the thematic analysis discussed the most significant points of this experience in the categories: Social participation formalized in the Local Health Councils (CLS); and Singularities of the daily life of ESF as a way of effecting social participation. Building partnerships with different sectors of the municipality was important to increase the engagement of communities in actions to improve health in the territories, in addition to the relevance of legitimate representations in the spaces of CLS and the role of health teams in promoting participatory actions. The implications of the lockdown on collective activities in the ESF during the COVID-19 pandemic and the current need to retake these spaces were also discussed.

► **Keywords:** Social Participation. Health Councils. Primary Health Care. Family Health. Covid-19.

