


Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo


Social participation and Primary Health Care in Brazil: a scoping review

Sabrina Pontes Buziquia^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4125-7761>

E-mail: sabrina.buziquia@gmail.com

José Roque Junges^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4675-0993>


E-mail: roquejunges@hotmail.com

Priscila Pereira da Silva Lopes^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0330-5382>


E-mail: prio8silva@gmail.com

Camila Nied^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1849-4486>

E-mail: camilanied@gmail.com

Tonantzin Ribeiro Gonçalves^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0249-3358>

E-mail: tonanrib@yahoo.com.br

^aUniversidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil.

Resumo

O presente artigo objetiva realizar uma revisão de escopo da literatura, com o intuito de compreender as experiências formais de participação social que tem sido desenvolvidas no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até novembro de 2020. Foram realizadas pesquisas nas bases Lilacs, PubMed, PsycINFO e *Sociological Abstracts*, sendo achados 20 artigos abordando a participação social e a APS. Os resultados encontrados foram discutidos no que se refere ao perfil dos participantes e à competência para participar, ao processo de participar e à construção de ações participativas, além da centralidade da educação permanente como forma de fortalecer a participação social em saúde. A pesquisa revelou distintas experiências de participação social desenvolvidas nos territórios onde atua a APS, destacando-se as dificuldades enfrentadas no processo de implementação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Sendo assim, discute-se que o fortalecimento da APS, principalmente do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), envolve, de modo dialético, a construção e qualificação dos espaços participativos, o que resultaria em uma estratégia central de defesa do SUS em um momento de recrudescimento das relações democráticas no país. **Palavras-chave:** Participação social; Conselhos de saúde; Atenção Primária em Saúde; Democracia.

Correspondência

Sabrina Buziquia

Av. Unisinos, 950. São Leopoldo, RS, Brasil. CEP 93022-750

Abstract

This article aimed to carry out a scoping review of the literature to understand the formal experiences of social participation that have been developed in the context of the Brazilian Primary Health Care (PHC), since the creation of the Unified Health System (SUS) until November 2020. The databases LILACS, PubMed, PsycINFO, and Sociological Abstracts were searched, and 20 articles were included that described the social participation in the context of PHC. The results found were discussed regarding the profile of the participants and the competence to participate, the process of participation and the building of participatory actions, and the centrality of permanent education as a way to strengthen social participation in health. The research revealed distinct experiences of social participation developed in the territories where the PHC operates, highlighting the difficulties faced in the process of implementing the Local Health Councils (LHC). Thus, it is understood that strengthening the PHC, especially the Family Health Strategy (FHS) model, involves, in a dialectical way, the construction and the qualification of participatory spaces, which would result in a central strategy to defend the SUS at this time of resurgence of democratic relations in Brazil.

Keywords: Social participation; Health councils; Primary Health Care; Democracy.

Introdução

A partir da Constituição de 1988, reconfigurou-se no Brasil um novo referencial dos direitos sociais. Dessa forma, o direito à saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, devendo ser integral e garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de incluir a participação da sociedade nos processos deliberativos (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos Conselhos e Conferências de saúde (Brasil, 1990). A conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem a qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. De acordo com a Resolução nº 453, a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde (CS) instâncias privilegiadas na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 2012).

O sucesso do processo de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Distritais e Conselhos Locais de Saúde (CLS), desenvolvendo, assim, um processo de gestão participativa cada vez mais próxima do povo e de suas necessidades. Hoje, tais fóruns reúnem milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades.

Gohn (2003) salienta a importância do poder local e da força social, organizada como forma de participação para o empoderamento da comunidade. Dessa forma, não se proporciona somente a possibilidade de democratização das decisões, mas também a oportunidade concreta de fazer com que as reais necessidades da população sejam atendidas. De certo modo, quando o contato entre representante, comunidade e poder público é feito de maneira mais direta, a representação revela-se mais efetiva (Guizardi; Pinheiro, 2006). Assim, a ampliação e o fortalecimento de espaços participativos inseridos no próprio cotidiano

do funcionamento dos serviços de saúde atuam como importante estratégia para compreender os problemas e as condições de saúde local, possibilitando que sejam determinados e vocalizados pela própria população (Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Paim, 2012; Bispo Júnior; Martins, 2014).

Uma discussão premente centra-se na potencialidade que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem na transformação das relações sociedade-Estado, por atuar como processo singular que considera e inclui as especificidades locais regionais e a dinamicidade do território. Sendo a principal porta de entrada do SUS, centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e estabelecendo a coordenação do cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados para os usuários, torna-se um espaço capaz de estimular a organização dos sistemas locais e aproximar os serviços à realidade da população, fortalecendo a participação social em saúde (Brasil, 2017).

A escolha da APS como enfoque reflexivo deste estudo se dá não só por sua capilaridade ou por significar o foco reorientador do modelo de atenção à saúde no Brasil, mas principalmente pela potencialidade de inovação que essa política apresenta, sendo cenário de inúmeras experiências exitosas de gestão, educação e mobilização social. Por isso, pode ser considerada um laboratório social com efeito multiplicador de aprendizagens, a partir das ações e experiências que possibilita no nível local (Paim, 2012; Carneiro et al., 2014).

Portanto, no intuito de compreender a participação social no contexto da APS brasileira e de como tem se cumprido o ideário de vocalização das demandas sociais e da democratização da saúde desde a criação do SUS, o presente estudo objetivou, por meio da revisão de escopo, mapear a produção acadêmica empírica acerca dessa temática, trazendo à discussão as diferentes experiências formalmente instituídas de participação social - por exemplo, nos Conselhos Locais - desenvolvidas nos territórios onde atua a APS.

Metodologia

Foi realizada uma revisão de escopo da literatura. Trata-se, assim, de um tipo de

investigação que parte de uma pergunta mais ampla e que permite mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis na literatura (Arksey; O'malley, 2005). Embora se apresente como uma ferramenta de cobertura mais abrangente dos estudos disponíveis, pode ser construída em diferentes graus de profundidade, a depender do propósito da revisão e da quantidade de informações extraídas dos estudos. Em função dos seus propósitos e da natureza diversa dos estudos incluídos, revisões de escopo, em geral, não realizam avaliação de risco de viés ou sumarizam achados por meio de metanálise ou metassíntese (Munn et al., 2018). Então, no presente estudo, buscou-se mapear os tipos de pesquisas e como são realizadas, além de suas características e fatores-chave relacionados à participação social na APS, bem como lacunas do conhecimento sobre o tema.

Sendo assim, esta pesquisa foi desenvolvida com base nas recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Para a formulação e orientação da questão norteadora, adotou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2015), a partir da seguinte pergunta de pesquisa: quais as experiências de participação social no contexto da APS brasileira desde a criação do SUS (1988) até novembro de 2020?

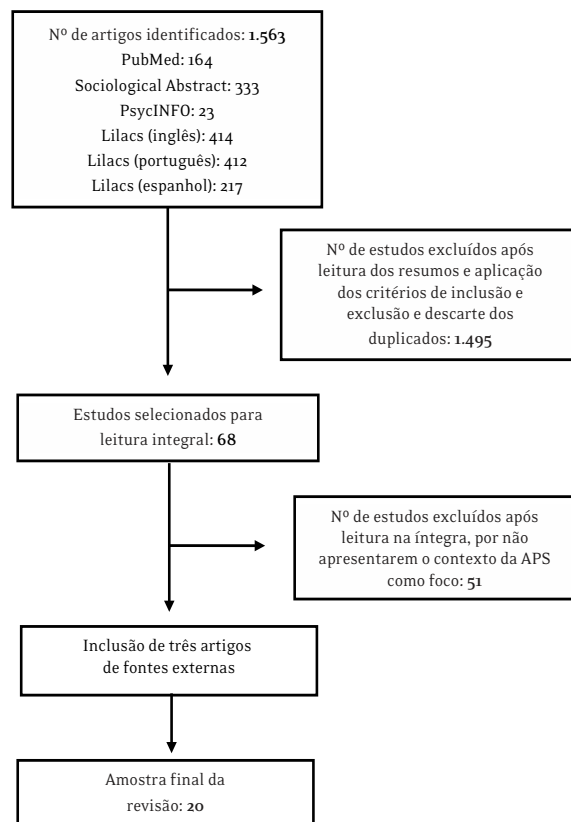
Para identificar a produção acadêmica disponível, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: ("participação social" OR "participação da comunidade" OR "controle social" OR "mobilização social" OR "deliberação pública" OR "participação pública" OR "democracia participativa" OR "democracia deliberativa" OR democra* OR "participação cidadã" OR "cidadania em saúde" OR "participação do consumidor" OR "gestão participativa" OR "sociedade civil") AND ("atenção primária à saúde" OR "estratégia saúde da família" OR "programa saúde da família" OR "unidade básica de saúde" OR "saúde da família" OR "conselho municipal de saúde" OR "conselho local de saúde" OR "conselhos de saúde" OR "centros de saúde") AND (Brasil*).

As bases de dados consultadas foram: Lilacs, PubMed, PsycINFO (APA) e Sociological Abstracts (ProQuest). Nas bases internacionais foram utilizados os descritores em língua inglesa e na base de dados da América Latina e Caribe foram utilizados os termos em inglês, espanhol e português. A escolha por incluir bases de dados internacionais se deu pela sua abrangência e sensibilidade na restituição de estudos brasileiros publicados em revistas de qualquer parte do mundo. Para a organização dos dados, foi utilizado o gerenciador EndNote X9.

A seleção dos estudos foi feita em duas etapas e por três pesquisadoras de modo independente: a primeira, para a seleção de resumos; e, depois, a seleção dentre os artigos lidos na íntegra. Em caso de discordâncias, uma quarta pesquisadora foi consultada. Foram incluídos estudos que preencheram os seguintes critérios: (1) relatos de pesquisas empíricas - de natureza quantitativa e qualitativa -, enfocando os mecanismos formais de participação social em saúde que envolviam o contexto da APS brasileira, e que tiveram seus resultados obtidos por meio de dados primários; (2) apresentar objetivos, métodos e resultados claramente definidos no resumo; (3) a pesquisa ter sido realizada com atores sociais - gestores, profissionais e usuários - envolvidos no contexto da APS; e (4) estar dentro do marco temporal de 1988 - criação do SUS - até o dia 10 de novembro de 2020, ou seja, última data da busca. Por fim, foram excluídos trabalhos teóricos, materiais educativos, teses e dissertações.

A estratégia de busca resultou em um total de 1.563 citações. Após o descarte das duplicatas, a leitura pormenorizada de seus resumos e a aplicação dos critérios indicados, permaneceram 68 estudos, os quais foram lidos na íntegra. Posteriormente, foram excluídos mais 51 trabalhos que não estavam de acordo com os critérios supracitados, restando 17 artigos ao final. Após essa seleção, ao consultar as referências bibliográficas dos estudos, foram incluídos mais três artigos como fontes externas, perfazendo, enfim, um total de 20 trabalhos. No fluxograma, apresentado na Figura 1, seguem-se as etapas do processo de seleção dos artigos.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos sobre mecanismos formais de participação social em saúde envolvendo o contexto da Atenção Primária à Saúde brasileira, 2021



Foram extraídos e tabulados os seguintes dados dos estudos incluídos: autores, ano, local do estudo, período da coleta de dados, desenho do estudo, instrumentos, participantes, principais resultados e *Qualis* do periódico de publicação - para a área de avaliação em Saúde Coletiva e, quando não disponível, para a área Interdisciplinar. Os resultados foram analisados de modo descritivo e qualitativo, tendo sido utilizada a Análise Temática (Minayo, 2010) para a investigação das formas de participação social em saúde no contexto da APS.

Resultados e discussão

A Tabela 1 descreve locais, ano de realização, participantes, metodologia, principais resultados e o *Qualis* dos periódicos em que os estudos incluídos foram publicados.

Tabela 1 – Características dos estudos sobre mecanismos formais de participação social em saúde envolvendo a atenção primária brasileira (n=20)

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---------|
| Barroso e Silva (2015) | Datas, Diamantina, Senador Modestino Gonçalves e Presidente Kubitscheck, Vale do Jequitinhonha, MG. Out.-dez./2007. | Transversal; quantitativo descritivo/Questionário. | 40 conselheiros municipais. | O perfil de identificação dos conselheiros: gênero feminino (72,5%), com curso superior (52,5%) e com vínculos trabalhistas ligados aos serviços públicos de saúde dos respectivos municípios (35,0%). As proporções dos segmentos da sociedade representados são: trabalhadores da saúde (30,0%), usuários (27,5%), prestadores de serviços de saúde (12,5%), governo (7,5%) e outro tipo de segmento (22,5%). A principal forma de eleição foi via indicação pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (37,5%), seguida pela indicação por alguma associação/entidade da qual participa (37,5%). Sobre a atuação dos conselheiros, a maioria se considera bem participativo no desempenho da atividade de conselheiro (87,5%). Quanto à relação dos conselheiros municipais de saúde e à APS, relatam conhecer os serviços e seus problemas, porém, há baixa participação em reuniões nas UBS, onde são usuários. Conclui-se em uma fragilidade do exercício do controle social na APS e na necessidade de maior aproximação dos conselheiros com esses serviços. | B4 |
| Bispo Júnior e Martins (2012) | Vitória da Conquista, BA. Mar.-jun./2009. | Transversal; quantitativo descritivo e qualitativo; estudo de casos múltiplos/ Análise documental (período entre mar./2007-fev./2009, exceto meses de janeiro) e entrevistas. | 36 conselheiros locais. | Sobre a frequência das reuniões do CLS, a maioria realizou aquelas que foram previstas (53,6%); sobre os temas pactuados, referem-se à mobilização social e participação comunitária (37,7%), organização interna do CLS (20,8%), dificuldade de atendimento no Programa de Saúde da Família (PSF) e de encaminhamentos especializados (20,4%), baixa participação da comunidade e questões relativas à organização do próprio CLS (18%). Sobre o desempenho dos CLS, embora exista consenso sobre sua importância para a melhoria das condições de vida da comunidade, é percebido pelos entrevistados como ainda incipiente devido às questões de representatividade e fragilidade das organizações comunitárias. Destacam que a participação de alguns usuários é motivada por interesses individuais relativos a facilitar o acesso aos serviços de saúde, demonstrando incompreensões sobre as finalidades do CLS e debilidades do SUS e do PSF em garantir uma assistência digna à população. | B1 |
| Busana, Heidemann e Wendhausen (2015) | Município de SC. Jun.-set./2013. | Transversal; qualitativo/ Questionário estruturado; diário de campo; grupo focal (5 círculos de cultura). | 11 conselheiros de um CLS (nove usuários e dois profissionais). | A caracterização dos participantes foi: idade entre 37 e 64 anos, sendo sete homens e quatro mulheres; maioria com ensino superior ou ensino fundamental completo; autônomos ou aposentados. A pesquisa contou com cinco círculos de cultura, abordando as potencialidades e limites da participação no CLS. Após os encontros, surgiram 39 temas geradores, que foram codificados e decodificados. Em relação às suas potencialidades, verificou-se a possibilidade de exercício da cidadania, de constituição de um espaço educativo e de intenção em tomar decisões que representem a coletividade. Já em relação às limitações, desconhecimento acerca das responsabilidades do conselho, exiguidade de participação da comunidade e descrédito. | B1 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|---|--|--|--|--|---------|
| Domitrovic, Araújo e Quintanilha (2013) | Vitória, ES. Sem período da coleta. | Transversal; qualitativo/ diário de campo e entrevistas. | Oito conselheiros locais (quatro de cada CLS) e dois psicólogos (um de cada UBS). | CLS com reuniões mensais, entre nove e 10 participantes, com predominância do sexo feminino. Eixos temáticos: informes de instituições e instâncias parceiras (Cras, Cajun e o Colegiado Gestor – instância interna da UBS, reuniões entre profissionais e durante o horário de trabalho); campanhas e programas em exercício na UBS (conselheiros representantes dos trabalhadores apontaram a baixa adesão às ações por pouca divulgação, e solicitavam aos representantes dos usuários repassar informações à comunidade); problemas estruturais nos bairros atendidos pela UBS (alagamento de uma praça, acúmulo de lixo em um terreno baldio, fiações defeituosas, bueiros entupidos e falta de espaços de recreação para crianças – noção ampliada de saúde –; alguns entrevistados mostraram desconhecimento da função do CLS com questões de interesse pessoal); problemas internos da UBS (condições físicas, mais profissionais, reclamações pontuais do funcionamento da UBS, esvaziamento dos CLS, participação restrita à atuação de poucos representantes). As expressões “nós” e “eles” aparecem com frequência nas falas. | B4 |
| Franchi et al. (2012) | Botucatu, SP. Set.-out./2008. | Transversal; qualitativo/Entrevistas. | Nove conselheiros usuários de quatro Conselhos de Unidade de Saúde (CONUS); sendo três ESF e um Centro de Saúde – UNESP. | Resulta em três categorias: a primeira, “Conhecendo o usuário/conselheiro”, traz o perfil dos conselheiros – três mulheres (33,3%) e seis homens (66,7%) –; faixa etária de 35 a 70 anos, sendo sete (77,7%) deles com mais de 56 anos; a maioria (77,7%) aposentados ou do lar; todos frequentam agremiações externas ao Conselho, igrejas e pastorais seguidas por grupos da terceira idade, associações de bairro e conselho do idoso; e a maioria já teve mais de um mandato. Na segunda categoria, “O Conselho de Unidades de Saúde”, a maioria dos participantes souberam do Conselho pelos funcionários da UBS e membros do CONUS, e, embora tenham considerado a primeira reunião pouco participativa, avaliaram positivamente a influência do Conselho em suas vidas – destaque para as relações interpessoais e para a capacidade crítica. Por fim, na terceira categoria, “A participação no Conselho”, a maioria considera o CONUS atuante, cooperativo e sem conflitos; acreditam na participação social, mas um diz que não funciona na prática, que há pouco interesse da comunidade; porém, é unanime a percepção de uma melhora na assistência à saúde após a ação do CONUS e que há influência do Conselho frente à gestão e aos representantes políticos. | B4 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|-----------------------|---|--|---------------------------------------|---|---------|
| Jerome (2018) | Fortaleza, CE. 2015-2017 (segundo semestre de cada ano). | Transversal; qualitativo/ observação participante e entrevistas. | Sete UBS; seis presidentes de CLS. | Todas as sete UBS tinham ao menos um dentista e uma farmácia no local, seis delas sendo CLS. Reuniões com 12 ou menos participantes (metade com menos de cinco), variação de idades, número par de homens e mulheres e escolaridade ensino médio. Os seis presidentes dos CLS residiam e cresceram nos bairros, cinco eram membros de organizações comunitárias anteriores e/ou atuais, com participação ativa na luta histórica da comunidade. Principais temas apresentados: medicamentos ausentes e problemas com o pessoal; infraestrutura deficiente para a realização dos trabalhos do CLS (pediam espaço e recursos materiais adequados para reuniões, como sala própria, ar condicionado, canetas e papéis); e falta de representação adequada nas reuniões. Dificuldades apontadas: a presença de coordenadores da UBS nas reuniões inibe a comunidade de denunciar problemas (podem precisar de "favores"); diferença socioeconômica e educacional da administração frente aos outros membros do CLS. Benfeitorias realizadas: advogar pelos moradores; cuidar da estrutura física; contratação de um segurança na UBS; construção de um perímetro de concreto mais amplo ao redor da escola; e criação de um programa para coleta de receita em terminais de ônibus (ideias locais que tiveram impacto nas iniciativas de saúde em toda a cidade). | B1 |
| Junglos et al. (2019) | Uma capital da região sul. Jan.-mar./2017. | Transversal; qualitativa/Entrevistas. | 15 conselheiros locais. | Sobre o perfil dos conselheiros: maioria tem mais de 50 anos (93%), sexo masculino (60%), são aposentados (80%) e participaram do curso de formação de conselheiros (66%). Sobre tempo de atuação, a maioria atua há menos de dois anos (40%). Emergiram quatro categorias: Motivações para atuação no CLS (melhorar a comunidade; ter histórico de participação social; indignação pessoal; direito/dever de participar; poder ajudar por ter uma rede de relações favoráveis); Importância e atuação do CLS para o SUS (informações da situação de saúde da comunidade; espaço propositivo e fiscalizador dos serviços de saúde); Desafios da participação no CLS (ampliar a participação, o individualismo, influência da política partidária, falta de conhecimento da população); Perspectivas para atuação e fortalecimento do CLS (mais vontade de ajudar a comunidade, mais pessoas participando e gestão eficiente no SUS). | B4 |
| Lisboa et al. (2016) | Anchieta, ES. Jun.-set./2013. | Transversal; qualitativo/ Entrevistas. | 13 conselheiros locais. | Do processo de implantação dos CLS emergiram categorias: ser ou não ser conselheiro de saúde? Eis a questão! (oportunidade de vocalizar os interesses da comunidade, mas ainda o despreparo para exercerem a função); o não pertencimento e a não participação (descrença da população em relação à política local, comunidade pouco conhece os CLS existentes no município, apenas participam das eleições; o não pertencimento pode ser explicado pela rotatividade de moradores pela instalação de multinacionais no território); e CLS: elos, meios e mediações (falta de apoio e sensação de abandono por parte da gestão como fatores de desânimo ante o desenvolvimento dos CLS, além de desapontamentos com o Conselho Municipal de Saúde – CMS). | B1 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|-------------------------|---|--|--|---|---------|
| Lopes e Almeida (2001) | Londrina, PR. Sem período da coleta. | Quantitativo descritivo e qualitativo/Entrevistas. | 183 conselheiros locais (que tenham participado de pelo menos uma reunião no primeiro semestre de 1999). | Distribuição dos 38 CLS da zona urbana, segundo as regiões: oito se encontram na zona leste, oito na zona Norte, sete na zona Oeste, nove na zona sul e seis no Centro. Segundo a classificação: 25 (65,8%) eram atuantes, cinco (13,2%) estavam em fase de formação, quatro (10,5%) eram inexistentes, três (7,9%) não eram atuantes e um (2,6%) estava em fase de reativação. Quanto ao perfil dos Conselheiros: 56,3% eram mulheres, embora os cargos de presidentes fossem ocupados na maioria por homens (proporção 15 para 10); 38,2% estavam empregados, 30,6% desempregados e 31,2% autônomos; 47% possuíam renda superior à seis salários mínimos; 49,8% nunca haviam participado de cursos de formação/capacitação de Conselheiros. Análise qualitativa em relação a função do CLS: trabalho em conjunto, necessidade de organização da população, papel fiscalizatório, espaço para reclamação, participação do planejamento e mudança do modelo assistencial. Apesar da variedade, os discursos restringiram-se, na sua maioria, a cobrar, pedir coisas ou reivindicar direitos. Em relação ao conceito saúde: a maioria foi o conceito estabelecido pela Lei n. 8.080/1990 (53,5%), seguindo do conceito simples de ausência de doença física (25%). Quanto as ações realizadas pelos Conselhos: a maioria trouxe resolução de problemas nas UBS (mais médicos, remédios e serviços), mas também houve ações no meio ambiente e em prol da comunidade. Sobre as dificuldades internas: falta de estrutura física, financeira, de organização, não cumprimento e datas e horários das reuniões, falta de pautas prévias e registros das reuniões. Já as dificuldades externas: falta de participação da população nas reuniões e nas atividades desenvolvidas. Sobre as relações entre CLS, CMS, CRS e Instituições de Ensino Superior (IES): revelam que o CRS contribui com o CLS, mas poderiam ser mais participativos; o CMS deveria ser mais participativo e resolutivo; o IES ajuda na melhoria e elogia estagiários, porém, critica a falta de retorno dos resultados das pesquisas e a descontinuidade dos serviços depois da pesquisa. | B2 |
| Martins e Santos (2012) | Juiz de Fora, MG. Sem período da coleta. | Transversal; qualitativo/Entrevistas. | 15 enfermeiros atuantes no CLS (sete conselheiros, sete representantes da gerência da UBS e um ouvinte.) | Perfil: maioria se formou há mais de 10 anos (73%), têm formação em pós-graduação (87%), sendo a maioria na área de SC em PSF (47%), trabalham em UBS em média há sete anos, atuam nos CLS há quatro. Primeira categoria: Atuação dos enfermeiros nos CLS (acreditam contribuir na melhoria das condições de saúde e dos serviços prestados pela UBS, para alguns é apenas o papel de divulgar, informar, orientar e conscientizar a comunidade dos serviços prestado pela UBS). Segunda categoria: participação da comunidade e do enfermeiro no CLS (controle social pode ser ampliado pela interação com a comunidade, recursos financeiros, controle social e o modelo assistencialista para o modelo democrático e sanitaria, conselheiro como parceiro da UBS, despreparo dos conselheiros para atuarem nos CLS, atitudes clientelistas ou interesses partidários). Terceira categoria: comunidade, enfermeiro e o CLS frente às políticas definidas pelo SUS e às ações de saúde realizadas pela UBS (atuação do CLS é boa, mas somente se apoia propostas promovidas pela UBS). | B1 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|----------------------------------|---|---|--|--|---------|
| Mittelbach e Perna (2014) | Curitiba, PR. Jan.-jul./2012. | Transversal; quantitativo e qualitativo/Entrevistas. | 18 enfermeiros das UBS. | <p>Conceito dos enfermeiros sobre o que é Controle Social: espaço de acordo entre gestor e usuários (50%), seguida de forma de participação da sociedade na melhoria do SUS (20%). Atuação dos enfermeiros no CS: orientar os usuários sobre como devem participar nas reuniões do CS, explicando a importância e funcionamento desse espaço (83%). Limites para a participação dos enfermeiros no CS: falta de interesse pela ação política (23%), falta de pessoal em UBS distantes ou de pequeno porte (20%), horário (noturno) das reuniões (18%), dupla jornada de trabalho (18%), perda do interesse por ser um espaço utilizado pelos usuários para obter facilidades ou prestígio pessoal (12%), comodismo dos profissionais (9%). Avanços na participação dos enfermeiros no CS: maior número de profissionais enfermeiros na rede (52%), maior politização dos enfermeiros (26%), na UBS em que os profissionais trabalham não há restrição para a participação nos CLS (22%). Influência dos enfermeiros nos CLS sobre o trabalho da Enfermagem: solicitação de pessoal para segurança (Guarda Municipal) (50%), reformas físicas na UBS (27%), mais profissionais de enfermagem para a UBS (11%), definição de pontos para vacinação externa à UBS em períodos de campanha (6%), e construção de rampa de acesso a portadores de necessidades especiais na UBS (6%).</p> | B4 |
| Miwa, Serapioni e Ventura (2017) | Ribeirão Preto, SP. Out./2015-jul./2016. | Transversal; qualitativo; estudo de caso/ Entrevistas; observação direta; análise de atas (2015-2016). | 22 pessoas (16 usuários e seis conselheiros locais). | <p>Perfil dos entrevistados: maioria mulheres, idosas, aposentadas, com ensino médio incompleto, e que geralmente frequentavam grupos de promoção à saúde organizados nas UBS. Emergiram as categorias: Invisibilidade dos CLS (maioria desconhece os CLS, escassez de informações, nos grupos de promoção não é feita a divulgação das atividades dos CLS, quase não há novos participantes, representante dos usuários possui um histórico de participação em conferências e movimentos sociais permitindo ampliar as pautas da reunião); Desconhecimento, descrença e dependência nos órgãos competentes (usuários desconhecem representantes, demora na resolução das demandas, postura passiva e de dependência da instituição); Alternativas para sair do anonimato (Agente Comunitário em Saúde – ACS e seu papel mediador, ampliação da divulgação das atividades do CLS e identificação dos representantes dos usuários, difusão do conceito ampliado de saúde, fortalecimento dos grupos de promoção de saúde, capacitação dos conselheiros e maior interação entre CLS e CMS).</p> | B1 |
| Oliveira e Dallari (2015) | Belo Horizonte, MG. Out./2013-jun./2014. | Transversal; qualitativo; estudo de caso único/ Análise documental e observação participante (diário de campo). | Três Comissões Locais de Saúde com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) opostos. | <p>Sobre as dinâmicas de participação e deliberação, dois CLS possuem organização e norma de funcionamento estabelecidas em estatuto e sendo competência deliberar sobre os problemas (também o regimento interno prevê poder decisório na área de abrangência da UBS). Os temas das pautas são propostos na última reunião anual e são provocados pelos gerentes das UBS por <i>brainstorming</i>. Temas das reuniões: questão do lixo, violência, eleições e rede de conexões. Ao analisar as redes locais e suas conexões, através da APS, destacou-se o fluxo de informações horizontal advindos das discussões que permitiram acompanhar e fiscalizar as políticas públicas.</p> | B1 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|--------------------------------|---|---|---|---|---------|
| Pestana, Vargas e Cunha (2007) | Teresópolis, RJ. Sem período da coleta. | Transversal; qualitativo; estudo de caso/ Análise de atas; entrevistas. | Conselheiros do Conselho Gestor (CG) da USF – não traz o “n”. | Das contradições do CG: dissociação entre a necessidade da população e proposta das UBS, baseada nos programas de saúde do governo; apropriação do discurso dos gestores e dos profissionais de saúde pelas lideranças populares (dominação ideológica); usuários querem ser atendidos pelo médico da UBS (lógica do modelo médico-assistencial); receio dos conselheiros representantes dos usuários de confrontarem-se com profissionais de saúde e, no futuro, virem a precisar de atendimento; conselheiros representantes dos usuários e dos profissionais de saúde cultivam uma dependência em relação aos conselheiros representantes do gestor (a reunião é suspensa quando os representantes dos gestores não comparecem); conselheiros exercem atribuições que estão desprovidas de sentido político (CG não conseguiu interferir na política de saúde e na destinação da verba pública); membros da Secretaria de Saúde responsáveis por convocar as reuniões (profissionais de saúde e usuários representam 75% dos membros do CG, revelando quorum suficiente para reunir e deliberar); CG não apresenta poder de decisão na resolução das demandas da comunidade. | B1 |
| Ponte et al. (2019) | Sobral, CE. Set.-nov./2016. | Transversal; qualitativo/ Entrevistas; análise de atas. | Oito Conselheiros enfermeiros (ter sido Conselheiro entre os anos 2008-2016). | “O despertar para a participação e o controle social” mostra que há poucas relações diretas da inclusão do controle social na formação acadêmica; os enfermeiros-conselheiros participantes do estudo, de forma unânime, falam que tiveram nos movimentos estudantis o espaço de primeiro contato com o controle social, como forma de qualificar os serviços prestados. Posteriormente, o ingresso no universo da APS, no espaço da ESF, veio a fortalecer esse interesse. Já no intitulado “Contribuições da participação como Conselheiro para a atuação profissional” relatam que ser ou ter sido conselheiro no CMS trouxe desenvolvimento profissional e pessoal, estimulando um olhar mais crítico e reflexivo sobre as questões da comunidade, além de humanizar as relações, fortalecer vínculos e a escuta ativa. | B1 |
| Ribeiro e Nascimento (2011) | Feira de Santana, BA. Sem período da coleta. | Transversal; qualitativo/ Entrevistas; observação sistemática e análise de documentos. | 17 sujeitos das USF em processo de implantação dos CLS (informante-chave e membros da comissão de saúde). | Compreensão do controle social no processo de formação do CLS: a representação do sujeito social (instrumentalização para o exercício do controle social, representação burocrática inexpressiva); educação como fundamental para implementação dos CLS (os representantes dos usuários raramente compareciam às reuniões e, se estavam presentes, pouco se expressavam). O processo de mobilização social para a implantação dos CLS está caminhando lentamente, com poucos sujeitos críticos, participativos e fomentadores do ideal de participação. | B3 |

continua...

Tabela 1 – Continuação

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|-----------------------|---|--|--|---|---------|
| Tilio (2014) | Uberaba, MG. Jan./2012-out/2013. | Transversal; qualitativo/ Observação participante e diário de campo. | Equipe de saúde e educação, direção e pessoas privadas de liberdade (PPL) da Penitenciária Professor Aluizio Ignácio de Oliveira (PPAIO). | Participação das PPL na gestão da saúde no contexto institucional penitenciário se deu a partir de duas ações: (1) capacitação de PPL para serem agentes multiplicadores de saúde, e (2) criação de um CLS (considerando que a PPAIO possuía uma UBS e segue a legislação estruturante do SUS). Dois momentos são destacados: o primeiro, abrange sete reuniões e principais demandas (instauração do conselho, eleição dos membros e da mesa diretora, aprovação do regimento interno, questionamentos sobre o reduzido número de atendimentos médicos, odontológicos e psicológicos, aquisição de medicamentos e de materiais de saúde, principalmente odontológicos, esclarecimentos sobre os serviços de distribuição de medicamentos e de assistência/seguridade social, como benefícios sociais para as PPL e familiares, necessidade de dedetização dos pavilhões, recolha diária e destinação adequada do lixo, e o encaminhamento das demandas para o CMS, a fim de visibilizar as condições sanitárias da penitenciária. Segundo momento abrange seis reuniões: com o acirramento das demandas dos PPL nas reuniões do CLS, a direção da penitenciária respondeu com a desmobilização do CLS. | B2** |
| Vale et al. (2017) | Feira de Santana, BA. Abr. -maio/2013. | Transversal; qualitativo/ Observação sistemática e entrevistas. | 14 conselheiros locais. | Sobre o perfil dos conselheiros: maioria homens; ocupação ACS seguida de aposentados; faixa etária dos 30 aos 40 anos; raça negra; casados; nível médio completo; católicos e atuantes em ações sociais da igreja, em partidos políticos, em associações comunitárias ou de moradores. Potencialidades dos CLS – categoria “onde há várias cabeças, há vários pensamentos” (autonomia em manifestações sociais, sentimento de representar uma comunidade e liderar manifestação de interesses sociais locais, conhecimento das temáticas do setor da saúde para as práticas de ser conselheiro e poder de argumentação); Limites dos CLS – categoria “autoritarismo, cooptação política e pouco apoio” (pouca participação da comunidade e dos próprios conselheiros, influência partidária, pouco reconhecimento do objetivo do CLS, insatisfações relacionadas à precária estrutura física destinada aos encontros do CLS e caráter autoritário e burocrático da gestão municipal, remuneração para conselheiro, articulação entre CLS e CMS, tomada de decisão da gestão municipal é pouco publicizada e instituídas de modo descendente. | B4 |

continua...

| Autor/Ano | Local de estudo/ período da coleta | Desenho do estudo/ instrumento de coleta | Participantes | Principais resultados | Qualis* |
|-------------------------|---|---|---|--|---------|
| Vale e Lima (2015) | Feira de Santana, BA. Sem período da coleta. | Transversal; qualitativo/ Entrevistas; observação sistemática e análise de documentos. | 16 conselheiros locais (dois de cada CLS, um representando usuários e um, trabalhadores da saúde). | As principais discussões dos CLS abordavam a APS, transporte e segurança pública (mostrando noção ampliada de saúde), sobre o funcionamento aconteciam em espaço amplo pertencente à USF do bairro, cumpriam o regimento interno, reuniões mensais e tempo máximo estipulado, coordenador era mediador, secretário era responsável pela redação da ata das reuniões, não havia verificação do quórum (mesmo assim deliberavam). Sobre a experiência de ser conselheiro: sentimento de realização pessoal, gratificação, doação e de ajuda ao próximo, CLS como órgão potencialmente transformador da realidade ao assegurar a participação da população na gestão municipal, CLS de caráter homologador dos interesses públicos, integração com outros segmentos sociais para ações intersetoriais e capacitação dos conselheiros. | B3 |
| Varela et al. (2020) | Milagres, CE. Fev.-jul./2016. | Transversal; qualitativo/ observação sistemática, levantamento documental. (entre out./2013-jun./2016) entrevista e grupo focal (diário de campo). | 22 conselheiros locais de uma comunidade da zona rural. | O CLS é representado por usuários (maioria mulheres; idade entre 23 e 65 anos; com ensino médio completo e exercendo atividades do lar) e trabalhadores da equipe da ESF (um cirurgião-dentista e cinco ACS; três homens e três mulheres, com idade entre 32 e 65 anos; tempo de atuação mínimo de seis anos e máximo de 25; dois com curso superior e dois com ensino médio). Emergiram as categorias: Contextualidades na implantação do CLS (conferências municipais de saúde, Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e motivação da equipe da ESF); Formação do CLS frente às situações cotidianas da comunidade: necessidades de saúde, participação e renovação (organização do CLS pela mobilização dos usuários e trabalhadores de saúde, destacando-se a importância dos ACS); Dificuldades enfrentadas na organização do CLS (o início foi de baixa adesão da população, mas os conselheiros conseguiram mobilizar a comunidade, causando o amadurecimento do grupo e a construção identitária do CLS). | B3 |

*: *Qualis* na área Saúde Coletiva; **: *Qualis* na área Interdisciplinar.

A maioria dos estudos eram de caráter qualitativo, utilizando, predominantemente, entrevistas e/ou questionários como instrumento da coleta de dados (Tabela 2). Grande parte teve como campo de pesquisa os CLS, sendo a região Sudeste aquela que contou com mais trabalhos. Já sobre o período de realização dos estudos, a maioria ocorreu entre 2007 e 2017, embora muitos artigos não tenham detalhado essa informação. Quanto ao ano de publicação, variou entre 2001 e 2020, sendo a maioria dos estudos publicados entre os anos de 2007 e 2017. É, ainda, importante salientar que, embora o SUS tenha garantido a participação social a partir de 1988, na Lei Orgânica de Saúde (LOS), os estudos encontrados datam apenas a partir do ano de 2001.

Sobre o *Qualis* dos periódicos, a maioria foi publicado em revistas com conceito B1. Entretanto, um dos artigos (Tilio, 2014) foi publicado em uma revista que não possuía avaliação para a área da Saúde Coletiva. Por isso, considerou-se o *Qualis* para a área Interdisciplinar.

Tabela 2 – Descrição geral dos artigos selecionados para revisão (N=20)

| | N | % |
|---|----|------|
| Desenho do Estudo | | |
| Qualitativo | 16 | 80 |
| Quantitativo | 1 | 5 |
| Misto | 3 | 15 |
| Instrumento da coleta de dados* | | |
| Entrevistas/Questionários | 18 | 48,6 |
| Grupo Focal | 2 | 5,3 |
| Observação/Diário de Campo | 9 | 24,3 |
| Análise Documental | 8 | 21,6 |
| Espaços participativos estudados | | |
| Conselho Local de Saúde (CLS) | 12 | 60 |
| Conselho Municipal de Saúde | 2 | 10 |
| Conselho Gestor de Saúde | 1 | 5 |
| CLS+Unidade Básica de Saúde | 5 | 25 |

continua...

Tabela 2 – Continuação

| | N | % |
|-----------------------------------|----|----|
| Regiões | | |
| Nordeste | 7 | 35 |
| Sudeste | 11 | 55 |
| Sul | 2 | 10 |
| Período da Coleta de Dados | | |
| 2007-2011 | 3 | 15 |
| 2012-2014 | 6 | 30 |
| 2015-2017 | 5 | 25 |
| N/A** | 6 | 30 |
| Ano de Publicação | | |
| 2001-2006 | 1 | 5 |
| 2007-2014 | 9 | 45 |
| 2015-2017 | 6 | 30 |
| 2018-2020 | 4 | 20 |
| Qualis Saúde Coletiva | | |
| B4 | 6 | 30 |
| B3 | 3 | 15 |
| B2*** | 2 | 10 |
| B1 | 9 | 45 |

*: mais de um instrumento pode ter sido relatado em cada estudo; **: não informado; ***: em um dos artigos o conceito *Qualis* considerado foi da área Interdisciplinar.

A análise temática dos estudos permitiu constatar consensos e dissensos entre os achados encontrados. Contudo, a maioria teve como foco os limites e possibilidades da participação social em saúde a partir da implementação de mecanismos formais envolvendo o contexto da APS. Logo, com base na leitura exaustiva dos estudos, foram identificadas três categorias temáticas que serão apresentadas a seguir, visando discutir os principais argumentos e análises empregados nos diferentes estudos identificados.

O perfil dos participantes e a competência para participar

Essa categoria expõe quem são os sujeitos que participam dos CS, se há um perfil específico dos representantes e quem são aqueles que se interessam

pelo engajamento social e pelas demandas da coletividade.

Nos estudos que apresentaram o perfil descritivo desses conselheiros, cinco espaços pesquisados tinham em sua maioria mulheres (Barroso; Silva, 2015; Varela et al., 2020; Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Lopes; Almeida, 2001; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017), quatro apresentaram mais homens (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Franchi et al., 2012; Junglos et al., 2019; Vale et al., 2017) e apenas um teve número similar de homens e mulheres. Lopes e Almeida (2001) mostram que, embora a maioria dos conselheiros locais por eles pesquisados fossem mulheres, os cargos de presidentes eram ocupados majoritariamente por homens, o que indica que a desigualdade de gênero tende a se perpetuar nesses espaços também.

Dentre os estudos que trouxeram a faixa etária dos pesquisados (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Varela et al., 2020; Franchi et al., 2012; Jerome, 2018; Junglos et al., 2019; Vale et al., 2017), verificou-se resultados entre 23 e 75 anos, sendo que dois desses estudos especificaram que a maioria dos participantes estava acima de 50 anos (Franchi et al., 2012; Junglos et al., 2019).

Sobre a escolaridade, quatro estudos mostraram que os conselheiros possuíam ensino médio completo ou incompleto (Varela et al., 2020; Jerome, 2018; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Vale et al., 2017), enquanto outros dois revelaram participantes com ensino superior completo (Barroso; Silva, 2015; Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015). Quanto à ocupação, os estudos indicaram predominância de aposentados (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Franchi et al., 2012), “do lar” (Varela et al., 2020; Franchi et al., 2012), autônomos (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Lopes; Almeida, 2001) ou servidores públicos (Barroso; Silva, 2015; Vale et al., 2017), sendo que apenas um estudo descreveu participantes desempregados (Lopes; Almeida, 2001).

Notou-se uma tendência dos participantes de CS de já terem um histórico participativo em outros espaços, como em conselhos de outras áreas, entidades, associações ou movimentos sociais (Barroso; Silva, 2015; Oliveira; Dallari, 2015; Franchi et al., 2012; Jerome, 2018;

Junglos et al., 2019; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Vale et al., 2017). Alguns estudos especificaram conselheiros vinculados às igrejas e pastorais (Franchi et al., 2012; Vale et al., 2017; Oliveira; Dallari, 2015) ou aos grupos de promoção à saúde organizados dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Miwa; Serapioni; Ventura, 2017). Por exemplo, Oliveira e Dallari (2015) destacaram o forte relacionamento com entidades ligadas à igreja católica em uma das Comissões Locais de Saúde estudadas. Em outra, possuíam também vínculos com entidades parceiras que trabalham com a comunidade – geralmente entidades filantrópicas –, entretanto, foi observada uma falta de articulação dessas entidades com as comissões.

No intuito de compreender os motivos que levavam os sujeitos a participarem dos CS, os estudos referiram como central a ideia de que era um espaço para melhorar a vida da comunidade, vocalizar interesses coletivos e exercitar a cidadania (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Junglos et al., 2019; Lisboa et al., 2016; Vale et al., 2017; Vale; Lima, 2015). Lisboa et al. (2016) discutiram a posição dos conselheiros como sujeitos políticos cientes de seus direitos e determinados a lutar por eles, porém, muitas vezes, sem preparo para exercerem esse papel.

Sobre as competências necessárias para participar de modo efetivo, grande parte dos estudos descreveram incompreensões dos usuários sobre as finalidades dos CS e o descrédito desses espaços, pois era comum encontrar membros que participavam só para obter benefícios próprios ou, ainda, motivados por interesses partidários (Bispo Júnior; Martins, 2012; Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Jerome, 2018; Junglos et al., 2019; Lisboa et al., 2016; Martins; Santos, 2012; Mittelbach; Perna, 2014; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Vale et al., 2017). Além disso, a participação da comunidade ficava, muitas vezes, restrita à atuação de poucos representantes, sempre os mesmos, o que acabava por privilegiar alguns e se mostrar pouco receptivo a outros novos (Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017).

Essa busca da comunidade por obter favorecimentos e vantagens para si ou para grupos próximos nos faz refletir sobre a dificuldade de

reconhecer os CS como espaços para lutas coletivas (Lisboa et al., 2016; Mittelbach; Perna, 2014), o que facilita, portanto, a cooptação dos representantes dos usuários e a influência do governo local. Isso compromete o papel fiscalizador e deliberativo dos CS, contribuindo igualmente para a continuidade de práticas clientelistas (Pestana; Vargas; Cunha, 2007; Barroso; Silva, 2015). Nesse sentido, Bispo Júnior e Martins (2012) salientam que prevalece um misto de individualismo e imediatismo por parte da comunidade, sendo que alguns usuários tendem a utilizar a participação nos CS como caminho para viabilizar demandas de assistência. Para os autores, as incompreensões sobre as finalidades dos CS demonstram também as dificuldades do SUS e da APS em garantir uma assistência digna, o que leva os usuários a buscarem caminhos alternativos.

Outros estudos revisados apresentaram sujeitos que não expressavam a própria opinião nos CS por medo de gerar desentendimentos com os trabalhadores e/ou gestores e, por isso, acabarem sendo prejudicados quando necessitassem dos serviços de saúde (Ribeiro; Nascimento, 2011; Bispo Junior; Martins, 2012; Lisboa et al., 2016). Consoante a isso, alguns desses estudos apontaram para a necessidade de sujeitos com postura mais ativa, crítica e menos dependentes das instituições (Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Ribeiro; Nascimento, 2011), o que parece depender de um cenário institucional e social mais amplo, o qual possa estimular a consciência e a prática cidadã democrática.

O processo de participar: construindo ações participativas

Essa categoria parte da ideia de que o processo da participação depende de fatores diversos, não apenas de proposições demandadas nos CS já instituídos e em funcionamento. Elas envolvem o caminhar que leva a iniciativas e mobilizações da comunidade na criação ou manutenção desses conselhos, buscando quais ações seriam necessárias e transversais ao fomento da participação social nos contextos locais.

Sobre a interação entre Conselho Municipal de Saúde (CMS) e CLS, alguns autores observaram a falta de respaldo por parte dos conselheiros

municipais, que poderiam ser mais participativos no processo de implementação e desenvolvimento dos CLS e na mediação junto à gestão. Esses estudos revisados descreveram os conselheiros locais como desamparados e impotentes por não conseguirem incluir suas demandas nas reuniões do CMS, sugerindo que a participação social nesses fóruns tenha sido cooptada e aparelhada pela gestão (Barroso; Silva, 2015; Lisboa et al., 2016; Lopes; Almeida, 2001; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Ponte et al., 2019; Tilio, 2014; Vale et al., 2017).

Assim, essa interferência da gestão nos CS foi apontada por alguns dos estudos como tomadas de decisões autoritárias, burocráticas, pouco publicizadas e instituídas de modo descendente. Portanto, discute-se a importância da apropriação dos canais legalmente instituídos de participação do SUS pela população, a fim de que seu desempenho não se torne limitado e frágil (Barroso; Silva, 2015; Oliveira; Dallari, 2015; Jerome, 2018; Pestana; Vargas; Cunha, 2007; Tilio, 2014; Vale et al., 2017; Vale; Lima, 2015). Ainda nessa direção, outro aspecto abordado foi a tendência de dominação ideológica por parte da gestão, com usuários se apropriando do discurso dos gestores e dependentes deles. No contexto dos CLS, a própria presença dos gerentes/coordenadores das UBS nas reuniões acabava inibindo a comunidade de denunciar os problemas que ocorriam no território (Jerome, 2018; Pestana; Vargas; Cunha, 2007).

Sabe-se que muitas das decisões tomadas nos CS acabam por não corresponder aos interesses e necessidades da população representada. Sobre isso, Barroso e Silva (2015) mostraram que mais da metade dos conselheiros municipais estudados ou participavam pouco ou não participavam das reuniões nas APS de seus bairros, e que conhecer a realidade da sua comunidade e frequentar os espaços coletivos diminuiria o distanciamento entre representante e representado. Miwa, Serapioni e Ventura (2017) destacaram a importância de se criar mecanismos que facilitem a identificação entre usuários e representantes.

Os estudos também discutiram que a ausência ou a fragilidade das organizações comunitárias nos bairros e dos elos com outras instâncias davam margem para a criação de fóruns por interesses

exógenos (Mittelbach; Perna, 2014; Lisboa et al., 2016; Bispo Júnior; Martins, 2012). Portanto, fica claro que simplesmente institucionalizar um espaço de participação social não é suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário, trazendo à tona a questão da legitimidade representativa dos CS.

A questão do voluntariado na atividade de conselheiro de saúde foi outro ponto que apareceu em um dos estudos como fator de desinteresse para a participação dos usuários, pois as atribuições desenvolvidas demandam tempo e dedicação, sendo necessário abrir mão dos seus afazeres pessoais em benefício do interesse coletivo, sem receber pagamento por isso (Vale et al., 2017). Isso é especialmente importante se considerarmos o fato de que grande parte da população usuária do SUS é da classe trabalhadora, que sofre com o desemprego e com a precarização das condições de trabalho e de renda (Guibul et al., 2017).

O horário das reuniões também foi trazido como impeditivo para a participação, salientando a dificuldade de conciliar a atuação da comunidade com as demandas do trabalho e da família dos membros (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Junglos et al., 2019), assim como a falta de espaços e recursos adequados para as reuniões (Jerome, 2018). Enfermeiros da APS, representantes do segmento dos trabalhadores, abordaram dificuldades para que participassem dos CS; uma delas era a sobrecarga de trabalho, pois a participação diminuiria sua disponibilidade para os atendimentos, além de alguns já realizarem dupla jornada de trabalho (Martins; Santos, 2012; Mittelbach; Perna, 2014). Domitrovic, Araújo e Quintanilha (2013) afirmam, nessa linha, que os profissionais geralmente não são apoiados a fomentar a participação comunitária e a construção da emancipação social.

A divulgação das deliberações e das reuniões dos CS também apareceu nos estudos como ponto fundamental para uma construção exitosa da participação social em saúde, pois a falta de informações sobre os dias e horários das reuniões, além da não transparência sobre o que é deliberado, dificultavam o acesso e demonstravam que não há interesse em tornar visível aos usuários como

funcionam esses espaços (Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Franchi et al., 2012; Martins; Santos, 2012; Mittelbach; Perna, 2014; Vale et al., 2017).

O estudo de Varela et al. (2020) destacou outros aspectos facilitadores da participação, ao relatar o processo de criação de um CLS, o qual só foi possível pela pertinente união entre profissionais da ESF e usuários. Os autores pontuaram que esse vínculo teria expandido o alcance das resoluções dos problemas da população no CLS, a partir da confiança e do empoderamento entre os conselheiros. Varela et al. (2020) observaram, ainda, que a superação das limitações iniciais para a implementação do CLS acabou por aproximar os participantes, pois o fato de compartilharem anseios, necessidades e reivindicações ao longo do tempo fortaleceu uma construção identitária no CLS pesquisado, proporcionando vínculos mais fortes entre os conselheiros.

Assim, o processo motivacional para a participação estimulada pelo próprio serviço de saúde é de extrema relevância, no sentido de efetivar o interesse da comunidade nas questões de saúde e fazer pontes de comunicação que aproximam profissionais e usuários com as demandas dos territórios. Nesse processo, dois estudos destacaram a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), reconhecidos por seu papel mediador e articulador entre equipe de saúde e comunidade (Varela et al., 2020; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017).

Por fim, dois outros estudos descreveram aspectos singulares envolvidos no processo de participação. Lisboa et al. (2016) realizaram uma pesquisa em um município que tinha recebido muitos migrantes em razão das novas empresas ali instaladas, o que tensionava um sentimento de não pertencimento a esses fóruns e o surgimento de uma identidade social conflituosa e que comprometia a participação social. Já Tilio (2014) apresenta um estudo atípico do processo de criação de um CLS em ambiente penitenciário, trazendo as dificuldades de deliberar em um cenário que tem como cultura institucional o autoritarismo: após a capacitação e a implementação do CLS, e com o acirramento das demandas advindas das pessoas privadas de liberdade nas reuniões, a direção da penitenciária decidiu desmobilizar o espaço, não permitindo mais

seu funcionamento nas negociações dos conflitos e na busca de soluções conjuntas.

Educação permanente para fortalecer a participação social em saúde

A educação permanente foi entendida pelos estudos como necessária para que a participação social ocorresse dentro das funções e atribuições compatíveis com a finalidade para a qual esses espaços são criados, o que permitiria que os atores sociais agissem com maior simetria de conhecimentos (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Jerome, 2018; Junglos et al., 2019; Lopes; Almeida, 2001; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Ponte et al., 2019; Ribeiro; Nascimento, 2011; Tilio, 2014; Vale; Lima, 2015).

Nesse sentido, tanto a capacitação quanto a educação permanente aparecem como ferramentas importantes para o exercício da cidadania e do controle social, fortalecendo espaços educativos que objetivem a tomada de decisão que represente a coletividade, formando sujeitos críticos, participativos e multiplicadores do ideal de participação (Martins; Santos, 2012; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017). Nesse sentido, Miwa, Serapioni e Ventura (2017) apontam justamente a relevância da capacitação e da educação permanente, com trocas horizontais de conhecimentos, para que não seja validado apenas o saber científico – o que reforçaria a invisibilidade das experiências vivenciadas pelos usuários em seus territórios e os saberes populares que dali podem emergir.

Junglos et al. (2019) descreveram, em seu estudo com CLS, que 66% dos participantes frequentaram o curso de formação de conselheiros ofertado. Já Lopes e Almeida (2001) informaram que 49,8% dos conselheiros nos CLS estudados nunca tinham participado de cursos de formação/capacitação. Tilio (2014), por outro lado, observou a oferta de capacitação para as PPL antes da implementação do CLS, no intuito de torná-las agentes multiplicadoras e considerando a relevância da compreensão da legislação estruturante do SUS na garantia de direitos e no funcionamento dos CS.

Alguns estudos evidenciaram uma visão empobrecida dos profissionais da saúde sobre seu papel na participação social, pois entenderam a sua

atuação apenas no sentido de divulgar, informar, orientar e conscientizar a comunidade dos serviços prestados. Muitos daqueles que são representantes dos profissionais de saúde nos CS parecem não reivindicar, junto à população, a melhoria das condições de saúde e, por consequência, das condições do próprio trabalho (Martins; Santos, 2012; Mittelbach; Perna, 2014). Mittelbach e Perna (2014) afirmam que essa posição permite pressupor que, para os profissionais, somente os usuários têm problemas para serem tratados no âmbito do CS. Além disso, a pesquisa registrou a falta de estímulo para a representação do segmento dos trabalhadores no CS entre os enfermeiros, o que mostra a necessidade de uma formação política que fomente uma consciência em relação aos interesses e necessidades de classe.

Martins e Santos (2012) verificaram na UBS estudada que os profissionais consideravam a atuação do CLS boa somente quando apoiavam as decisões advindas da UBS, portanto um posicionamento mais crítico por parte da comunidade era visto como negativo por eles. Nessa direção, Ponte et al. (2019) discutiram a escassa inclusão do controle social na formação acadêmica dos profissionais de saúde. A motivação dos enfermeiros-conselheiros abordados no estudo para a participação social advinha de experiências nos movimentos estudantis, como espaços de primeiro contato com o controle social, e depois do ingresso no universo da APS, no âmbito específico de trabalho na ESF.

Cabe pontuar que a APS vem se construindo há décadas no Brasil e possui papel central para que o SUS propicie saúde integral e atenção de qualidade à população, sendo considerada a porta de entrada para a utilização dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (Guibul et al., 2017). Assim, torna-se estratégico para a qualificação da APS, principalmente no modelo da ESF, a proximidade e o vínculo estabelecido entre os profissionais e a comunidade, possibilitando que os usuários exerçam um papel ativo sobre a organização do sistema local de saúde, e fazendo com que sejam capazes de construir ações para a melhoria na qualidade de vida (Martins et al., 2011).

Outro ponto relevante, debatido pelos autores dos estudos revisados, foi a importância de fortalecer a noção ampliada de saúde nesses espaços e não

o simples conceito de ausência de doença, pois, muitas vezes, as temáticas das reuniões dos CS acabam ficando restritas a reclamações pontuais de funcionamento das UBS - atendimentos, encaminhamentos, medicamentos, entre outros. No entanto, os estudos também identificaram temáticas abordadas nas reuniões dos CLS que transcendiam o espaço das UBS, como questões do meio ambiente e de ações em prol da comunidade - local adequado para o descarte de lixo, violência, reforma de praças, construção da rede de esgoto, entre outros (Oliveira; Dallari, 2015; Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Jerome, 2018; Lopes; Almeida, 2001; Martins; Santos, 2012; Miwa; Serapioni; Ventura, 2017; Vale; Lima, 2015).

Considerações finais

Os resultados expressos pelas pesquisas analisadas apontaram para distintas experiências de participação social desenvolvidas nos territórios onde atua a APS, mas, principalmente, sobre as dificuldades enfrentadas no processo de implementação dos CLS. A partir das categorias apresentadas, foi possível compreender que o perfil dos conselheiros de saúde dos estudos é variado, porém, é comum que já possuam um histórico participativo em outros espaços. Ao mesmo tempo, os estudos tensionaram a baixa competência dos usuários para exercerem o papel de conselheiros enquanto representantes de uma comunidade, sendo essencial fomentar vínculos com os diferentes indivíduos e grupos para uma representação legítima. Além disso, enfatizou-se a importância de se estabelecer elos entre os CLS e o CMS, além de outras instâncias parceiras, para que o processo de implementação e funcionamento dos CS tenha maior respaldo e seja mais bem-sucedido. A maior motivação e consciência dos profissionais para o fomento e atuação nesses espaços participativos foi outro ponto relevante levantado pelo presente estudo. Por fim, processos de ampliação da autonomia, do empoderamento e da emancipação social dos sujeitos envolvidos nos CS se mostraram centrais para que sejam menos suscetíveis a interferências da gestão ou de vontades exógenas, como interesses pessoais ou dos setores privados.

A esse cenário soma-se, nos últimos anos, os desafios relacionados ao enfraquecimento dos

espaços de participação e democratização das relações sociais, num cenário de austeridade fiscal, desfinanciamento do SUS e de desmonte das políticas sociais do país. Citamos aqui, por exemplo, o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu diversos conselhos e comissões que possibilitavam a articulação com diversas instâncias e atores da sociedade civil. Portanto, a partir dos achados, ressaltamos a necessidade de fortalecimento e qualificação dos processos participativos no campo da saúde, como forma de preservação do sistema de saúde e da democracia brasileira.

Por fim, embora o presente estudo tenha focalizado os mecanismos formalmente instituídos de participação social no contexto da APS, compreende-se que a participação também pode ocorrer em diversos espaços não formais nos territórios. Entende-se, por isso, ser relevante estabelecer relações entre os espaços já formalmente estabelecidos, a fim de estimular a participação e os movimentos que ocorrem de forma mais espontânea nas relações sociais do cotidiano, atentando para a potência micropolítica dos contextos locais como espaços de superação dos entraves para a participação social e para a ampliação democrática. Dessa forma, seria importante que novos estudos mapeassem e discutissem as experiências de participação no âmbito da APS que articulassem espaços formais e informais.

Referências

- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, Abingdon, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. DOI: 10.1080/1364557032000119616
- BARROSO, K. de A.; SILVA, G. S. O controle social na atenção primária e a atuação dos conselhos municipais. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 213-219, 2015. DOI: 10.25110/arqsaude.v19i3.2015.5551
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-1332, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000400004

- 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, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140042
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 5 jan. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 maio 2012. Seção 1, p. 138.
- 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 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.
- 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, 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html > Acesso em: 5 dez. 2023
- 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. 442-449, 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015000702014
- CARNEIRO, T. S. G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 429-439, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140041
- DOMITROVIC, N.; ARAÚJO, M. D.; QUINTANILHA, B. C. O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 81-91, 2013.
- FRANCHI, E. P. L. P. et al. Participação social nos conselhos de unidades de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 4, 2012. DOI: 10.5380/ce.v17i4.30373
- GOHN, M. da G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- GUIBUL, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007070
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 369-384.
- JBI - THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide, 2015.
- JEROME, J. S. Governança participativa no contexto de conselhos locais de saúde: entrevistas com seis presidentes de conselhos locais de saúde no Nordeste do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 740-753, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018180226
- JUNGLOS, C. et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 24, e66874 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.66874
- 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, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-soloo013
- LOPES, M. L. da S.; ALMEIDA, M. J. de. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 16-28, 2001.
- MARTINS, A. de L. X.; SANTOS, S. M. dos R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saúde e Sociedade*,

São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 199-209, 2012.

DOI: 10.1590/S0104-12902012000500017

MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

DOI: /10.1590/S1413-81232011000300027

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hubitec, 2010.

MITTELBAACH, J. C. da S.; PERNA, P. de O. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos conselhos de saúde enquanto segmento dos trabalhadores de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 284-291, 2014. DOI: 10.5380/ce.v19i2.31547

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, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017170049

MUNN, Z. et al. Systematic Review or Scoping Review? Guidance for Authors when Choosing Between a Systematic or Scoping Review Approach. *BMC Medical Research Methodology*, Berlim, v. 18, n. 143, p. 1-7, 2018. DOI: 10.1186/s12874-018-0611-x

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. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400002

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PESTANA, C. L. da S.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, município de Teresópolis-RJ. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 485-499, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000300005

PONTE, H. M. S. da et al. Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, Brasília, v. 72, n. 1, p. 142-147, 2019.

DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0544

RIBEIRO, F. de B.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Exercício de cidadania nos Conselhos Locais de Saúde: a (re)significação do “ser sujeito”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 151-166, 2011. DOI: 10.22278/2318-2660.2011.v35.no.a153

TILIO, R. de. Participação Política? Experiências de um Conselho Local de Saúde no sistema penitenciário. *Psicologia Política*, São Paulo, v. 14, n. 30, p. 297-311, 2014.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850

VALE, P. R. L. F. do; LIMA, M. M. de. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 39, n. 4, p. 723-739, 2015. DOI: 10.22278/2318-2660.2015.v39.n4.a1825

VALE, P. R. L. F. do et al. Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no nordeste brasileiro. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 230-241, 2017. DOI: 10.18310/2446-4813.2017v3n3p230-241

VARELA, L. D. et al. Conselho Local de Saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 33, 10908, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.10908

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram das etapas de construção deste artigo, incluindo concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, assim como a elaboração da redação e revisão crítica. Portanto, assumem total responsabilidade sobre o conteúdo a ser publicado.

Recebido: 20/6/2022

Reapresentado: 20/6/2022

Aprovado: 9/8/2022