

Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa

Difficulties of social participation in Primary Health Care: a systematic qualitative review

Ayla Nóbrega André

Graduanda de Medicina

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) – Brasil

E-mail: ayla.nobrega@hotmail.com

João Victor Bezerra Ramos

Graduando de Medicina

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) – Brasil

E-mail: joaovictor0072@hotmail.com

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Nutricionista. Doutor em Educação. Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) – Brasil

E-mail: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) – Brasil

E-mail: anacpeixoto@uol.com.br

Resumo

O presente artigo tem o objetivo de identificar dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde, compreendendo e problematizando suas principais vertentes conforme a atual literatura. Foi feita uma revisão sistemática qualitativa considerando um intervalo de 4 anos e meio (2014 a 2018). Foram empregados os descritores “participação popular”, “participação comunitária” e “participação social” na base de dados SciELO, e, em seguida, foram aplicados os filtros “Brasil” e “Saúde”. A partir da leitura dos resumos foram selecionados os artigos que se concentravam na dimensão da Atenção Primária à Saúde, totalizando 59 artigos. Extraíu-se as ideias principais acerca do tema em cada artigo e fez-se duas sistematizações. Seis dificuldades principais foram encontradas: a) tímido conhecimento da população sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a saúde como um direito constitucional; b) limites quanto à cultura política participativa da população; c) fragilidade quanto ao conhecimento da população sobre os espaços de participação; d) obstáculos no funcionamento dos conselhos de saúde; e) fragilidades quanto ao compromisso de

gestores e trabalhadores em colocar em prática as deliberações e pactuações das instâncias participativas; f) as determinações sociais do processo saúde-doença gerando obstáculos significativos para a participação social. Constatou-se que na literatura a dimensão das dificuldades é pouco explorada, de modo que o presente estudo contribui com o aprofundamento desse debate. O tímido conhecimento da população sobre a participação social e o frágil envolvimento nesses espaços promove um distanciamento, o que fomenta ainda mais a ideia da ineficiência desses ambientes. Essas barreiras podem se tornar transponíveis por meio da educação popular em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Participação da Comunidade; Participação Social; Saúde Pública.

Abstract

This article aims to identify difficulties of social participation in Primary Health Care, understanding and problematizing its main aspects according to the current literature. A systematic qualitative review was made considering a 4 and a half year interval (2014 to 2018). The descriptors "popular participation", "community participation" and "social participation" were used in the SciELO database, and then the filters "Brazil" and "Health" were applied. Through the reading of the abstracts, the articles that focused on the dimension of Primary Health Care were selected, totaling 59 articles. The main ideas about the topic were extracted from each article and two systematizations were made. Six major difficulties were found: a) shy knowledge by the population on the Unified Health System and on health as a constitutional right; b) limits concerning the population's political and participatory culture; c) fragility concerning the population's knowledge on spaces of participation; d) obstacles in the operation of health councils; e) fragilities concerning the commitment of managers and workers to put into practice the deliberations and agreements of participatory spheres; f) social determinations of the health-disease process, generating significant obstacles to social participation. It was observed that in literature the dimension of difficulties is little explored, so this study contributes to deepen this debate. The population's shy knowledge on social participation and fragile involvement in these spaces promotes a distance, which further fosters the idea of inefficiency in these environments. These barriers can become transposable through popular health education.

Keywords: Community Participation; Primary Health Care; Public Health; Social Participation.

Introdução

A participação social constitui importante dimensão do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo considerada como direito a partir da Constituição de 1988, essa dimensão das práticas de saúde pode ser compreendida como mobilizadora da "participação dos sujeitos no processo de democratização das políticas públicas"^{1:1509}, a partir de espaços concretizados no cotidiano dos serviços de saúde e no exercício de relações democráticas entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS, além de contribuir para o exercício pleno da cidadania^{2,3}.

Dessa forma, a participação social é um processo mútuo de construção social de políticas públicas e de ações coletivas, mediado entre governo e sociedade, no qual esses dois entes devem estar interligados em diálogo e colaboração, com responsabilidades partilhadas⁴⁻⁶. Configura-se, portanto, como um dispositivo para o delineamento cidadão processual da perspectiva da soberania popular^{7,8}.

A saúde foi o setor pioneiro ao deflagrar um processo de inclusão institucional de espaços de

representação da sociedade na formulação das políticas públicas. Desde sua formulação, em 1988, o SUS pautou suas ações pela articulação de diferentes sujeitos e atores sociais⁹ representando, portanto, uma das maiores mudanças no modelo de assistência à saúde no Brasil em vigor até então. Participar em saúde pressupõe a adoção de uma vertente ampliada do conceito de saúde, do seu reconhecimento como direito social, da responsabilidade do Estado nesse processo e da construção de um agir em saúde que ultrapassa a dimensão assistencial^{10,11}.

No campo da saúde coletiva, a participação social amplia a equidade e o acesso aos serviços, preserva a universalidade e qualifica a atenção à saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a participação tem a sua importância pelo fato da população ser reconhecida como foco principal no processo saúde-doença, uma vez que são esses atores quem detém o conhecimento da realidade na qual estão inseridos, contribuindo para que mudanças satisfatórias aconteçam^{12,13}.

Entretanto, historicamente, em que pese sua previsão legal, muitas dificuldades permeiam a tarefa de exercício pleno da participação social no âmbito das ações e das políticas em saúde. Os espaços participativos são ainda incipientes, com alto grau de informalidade e enfrentam inúmeras dificuldades para se organizarem de forma consistente e sustentável. Parte desse problema pode ser atribuído à noção de que os usuários do sistema pouco conhecem seus direitos de opinião e que sua voz é importante para a construção do processo de cuidado e de gestão dos serviços de saúde¹⁴. Associam-se a isso os fatores históricos ligados à juventude da democracia no Brasil, o que é demonstrado por não possuir uma cultura participativa estabelecida dos cidadãos na agenda pública^{15,16}.

Nesse sentido, o presente artigo tem a intenção de focalizar dimensões das dificuldades encontradas na participação social em saúde no âmbito da APS, através do estudo do uso dos termos *participação popular*, *participação da comunidade* e *participação social*. Essa abordagem é decorrente da preocupação com as recentes ameaças de desvalorização e retrocessos no que tange a condição da participação social ser um princípio orientador da gestão das políticas públicas no Brasil¹⁷⁻¹⁹. Como dito por Cruz et al (2020)²⁰, nos últimos cinco anos, a agenda pública brasileira, incluindo fóruns de discussão e setores do SUS, testemunha um desmonte dos espaços de participação da sociedade nas instâncias de controle social, comprovado desde a esfera nacional de vários segmentos históricos de participação, haja vista, por exemplo, a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional²¹. Dessa forma, considerando esses processos de ameaças ao SUS e de desmonte de espaços, instâncias e políticas participativas e promotoras do controle social, é fundamental promover o debate acadêmico e social sobre a participação social. Ademais, levantando em conta a importância da participação social, desde sua origem como base para o movimento de reforma sanitária, passando pela sua contribuição singular a construção e a consolidação do SUS, acreditamos que é fundamental manter dinâmico e pulsante o debate em torno de tal temática, demonstrando suas contribuições singulares para o cuidado integral em saúde e para o acesso universal e de qualidade das pessoas à possibilidade de realização do direito a saúde.

Os três termos escolhidos para fundamentar a pesquisa bibliográfica são utilizados de forma expressiva nos debates contemporâneos identificados na literatura científica sobre o tema²². Em verdade, embora constituam concepções que delimitam conceitualmente fenômenos muito próximos, esses termos não constituem sinônimos. Para Gohn (2019)²³, o termo participação social significa o engajamento dos cidadãos e sua postura ativa diante da dinâmica social, particularmente no processo de debate público e de construção das políticas públicas. Por sua vez, como referem Cruz e Brutscher (2018)²⁴, a participação popular tem como base a concepção de participação social, mas tendo uma perspectiva política mais definida, qual seja a de compromisso com os setores socialmente excluídos e com a mobilização de ações de reorientação das políticas sociais na direção

da superação das desigualdades e da afirmação da intencionalidade de emancipação humana e de transformação social. Por sua vez, como expresso em Vasconcelos (2009)²⁵ e Gohn (2004)²², o termo participação da comunidade refere-se preponderantemente aos processos mais locais e territorializados de participação, sendo também a qualificação com a qual a participação social foi denominada nas regulamentações do SUS. Portanto, embora essas diferentes denominações apresentem variadas nuances e especificidades em suas compreensões e delimitações, optamos por utilizar nesse artigo o termo participação social, na medida em que ele abarca, do ponto de vista conceitual, as outras duas concepções, como também por ser um conceito mais amplo e, portanto, capaz de agregar diálogos que incluam as perspectivas dos demais conforme usadas na atual literatura. Assim, cumpre ainda destacar que não se restringiu a pesquisa bibliográfica ao termo ‘participação social’ porque, embora mais amplo e inclusivo, muitas produções e autores da literatura da área usam, de acordo com a coerência com o contexto e o tema da escrita, os termos ‘participação da comunidade’ ou ‘participação popular’.

Com isso, tivemos o objetivo de identificar essas dificuldades e, assim, compreender e problematizar as vertentes que foram identificadas na leitura dos artigos, através de análises críticas e sínteses dessa revisão. Além disso, o artigo em questão, ao focar as dificuldades presentes para desenvolver a participação social no âmbito da APS, visa subsidiar a reflexão crítica e o acréscimo no conhecimento para gestores, trabalhadores e cidadãos que atuam cotidianamente nos serviços da APS, uma vez que, ao conhecer as dificuldades, esses atores sociais podem problematizá-las e vislumbrar possibilidades de enfrentamento para qualificar a dimensão da participação social que é fundamental para a construção de uma saúde ampliada e que tenha como elemento central não apenas a cura das doenças, mas a ampliação dos direitos sociais e humanos e uma postura plena na promoção da cidadania na busca da qualidade de vida.

Metodologia

No que diz respeito aos caminhos metodológicos utilizados, procedemos com uma revisão sistemática qualitativa da literatura científica. Na acepção de Greenhalgh, tal metodologia consiste em "uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível"^{26:672}. Para tanto, utilizamos como base de dados o Portal *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, pois tem significativo número de acessos, demonstrando que os artigos nela publicados possuem uma boa circulação e contribuição no atual debate científico na área. A busca foi feita a partir de três palavras-chave: “participação popular”, “participação comunitária” e “participação social”, num intervalo de 4 anos e meio (entre 2014 e junho 2018), em português. Essas palavras-chaves, provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram as escolhidas por serem os termos mais utilizados para abordar essa temática, de modo que assim poderíamos encontrar uma maior gama de artigos. Esse intervalo temporal foi escolhido considerando os 5 anos anteriores à data de início da pesquisa, a qual decorreu entre 2019 e 2020.

A pergunta norteadora da investigação foi “Quais são as dificuldades encontradas pela participação social no Brasil na Atenção Primária à Saúde?”. Portanto, os critérios de inclusão foram artigos publicados no Brasil e que tratassem da temática da APS. Os resultados encontrados em cada ano foram filtrados a partir dos descritores “Brasil” e “Saúde”. Os critérios de exclusão foram artigos que tratassem de realidades fora do Brasil, não relacionadas com a saúde ou que falassem de participação social em outra rede de atenção, que não a primária. Para isso, procedemos com leitura do título e do resumo dos artigos encontrados e selecionamos aqueles que se concentravam no âmbito da APS.

Considerando o critério de que os estudos fossem nesse período de tempo, publicados no Brasil e abordando a temática da APS, totalizaram-se 63 artigos selecionados entre os três descritores consultados. Excluindo-se repetições de manuscritos, o número final que correspondeu à fonte empírica de nosso estudo consistiu em 59 artigos, dados que estão dispostos no esquema.

Desenvolvemos a análise dos artigos na perspectiva da metassíntese qualitativa, a qual constitui

uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo^{27:774}.

Efetuamos, então, uma leitura ativa de forma a subsidiar uma interpretação das dificuldades do debate acerca da participação social em saúde na APS, a partir da utilização das palavras-chave acima citadas. Assim, primeiramente, através de uma leitura inicial, com o objetivo de identificar aspectos relevantes, destacamos citações dos artigos que exemplificavam as dificuldades encontradas pela participação social na APS. A partir dessas citações, chegamos a diversas ideias similares em diferentes artigos e foi feita uma primeira síntese de ideias, as quais agrupamos em dimensões, cujos nomes foram idealizados pelos autores. Em seguida, foi feita uma segunda análise crítica buscando aproximar ainda mais as citações encontradas em diferentes artigos, as quais foram finalmente sintetizadas das seis dimensões principais que vão nortear a discussão. A análise foi realizada por sete pesquisadores em conjunto, cinco estudantes e dois professores-doutores.

Resultados

Em um primeiro esforço de busca das dificuldades da participação social em saúde na APS e suas dimensões presentes nos artigos pesquisados, chegamos a uma primeira rodada de interpretação. Com base nisso, nos dedicamos em esforços interpretativos para construir uma nova síntese, capaz de explicar de forma mais objetiva e sintética o conjunto dos aspectos revelados pelo estudo. Chegamos então as seguintes dimensões, a partir da metassíntese qualitativa, presentes no quadro 1, como elementos de dificuldades da participação social em saúde na APS, de acordo com a literatura.

Discussão

A partir da análise dos artigos, chegamos a seis dimensões no que tange às dificuldades da realização da participação social em saúde: a) tímido conhecimento da população sobre o SUS e sobre a saúde como um direito constitucional; b) limites quanto à cultura política participativa da população; c) fragilidade quanto ao pertencimento e ao conhecimento da população sobre os espaços de participação; d) obstáculos no funcionamento dos conselhos de saúde no que tange à resolutividade e propositividade; e) fragilidades quanto ao compromisso de gestores e trabalhadores em colocar em prática as deliberações e pactuações das instâncias participativas; e f) as determinações sociais do processo saúde-doença geram obstáculos significativos para a participação social em saúde.

É importante pontuar que, como demonstrado pela citação de Gomes et al²⁸ em estudo sobre a participação em conselhos municipais de saúde (CMS), no concreto da realidade muitas vezes diferentes dimensões dessas se entrelaçam e mutuamente se influenciam.

(...) as motivações e situações que desencadeiam a não participação nas reuniões e decisões do CMS

podem envolver tais aspectos: a atuação voluntária, não remunerada e não profissional; a falta de informação e conhecimento sobre o papel do Conselho de saúde e do conselheiro; as relações de poder existentes nesses espaços, principalmente no que concerne às influências políticas e da gestão; a falta de organização popular das entidades representativas; a falta de interesse e de autorresponsabilização; além do próprio sentimento de não pertencimento àquele espaço^{28:543}.

Assim, a abordagem em tópicos distintos nesse artigo deve-se a uma explicitação didática dessas dimensões, de modo a melhor desvelar suas questões e necessidades de análise e aprofundamento, na perspectiva de contribuição ao debate e aprimoramento da participação social na APS, mas temos clareza de que tais elementos convergem e conflitam no cotidiano das ações e dos serviços de saúde.

a) Tímido conhecimento da população sobre o SUS e sobre a saúde como um direito constitucional

Sabe-se que a participação social em saúde é prevista na Constituição Federal de 1988 dentro do âmbito do SUS pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.1242/1990, de modo que a inclusão da população na tomada de decisões sobre sua saúde está prevista por lei federal. No entanto, a literatura aponta que esse não é um conhecimento muito difundido entre a população, a qual está timidamente informada sobre os seus direitos na tomada de decisões, a ponto de pouco conhecer da existência dos conselhos de saúde, incluindo sobre conselhos inscritos localmente nos territórios. Parte significativa da comunidade não conhece a atuação, as funções e os objetivos dos conselhos de saúde²⁹. Essa ideia foi exemplificada por Raimondi et al³⁰, ao relatar o processo formativo em SUS e direito a saúde promovido em uma escola:

Percebemos também, nitidamente, o quanto estávamos distantes das pessoas. Tentamos trabalhar com o que partisse da realidade das pessoas de cada escola com base no que encontramos em cada uma das urnas, porém traduzimos suas realidades segundo nossas perspectivas, em perguntas que tentavam problematizar o SUS. Usávamos palavras como universalidade, equidade, integralidade, descentralização, que as pessoas simplesmente não entendiam, nunca tinham ouvido e muitas vezes não sabiam nem pronunciar. Por exemplo, quando questionadas sobre conselhos de saúde, elas os entendiam como “uma recomendação” dada a uma pessoa doente, que levava à sua melhora^{30:76}.

Portanto, acaba sendo frágil a participação da comunidade nas decisões sobre o funcionamento e a organização dos serviços, o que inclui um distanciamento entre as equipes de saúde e a dinâmica da vida comunitária²⁹.

Em alguns locais, boa parte dos usuários não conhece seus representantes no Conselho Local de Saúde (CLS):

Outro fator que chamou a atenção é o fato dos usuários conhecerem membros dos CLS, mas sem os identificarem a essa função. Quando indagados se conheciam alguém do CLS as respostas foram as seguintes: *Se eu conheço... ah, o que eu conheço mais mesmo é a [Agente Comunitária]... não tenho muito assim amizade (U4). Um ou outro assim, não sei exatamente... (U7). Não, não, eu não conheço, era só a dona M. que eu não sei se ainda participa, acho que a dona D. aqui né mas os demais, não, não sei, não sei te falar, não conheço (U10). Não, nem conheço ninguém (U15). Desse modo, se os usuários desconhecem seus representantes, a quem irão recorrer ou apresentar suas demandas?*^{31:417}.

Em outro estudo³², a participação dos usuários foi tão pouca que nem o conselho local conseguiu se constituir³², provando o quanto essa dimensão ainda tem por evoluir no Brasil. Já em alguns, a participação popular foi atrelada somente às sessões pontuais nas quais havia a possibilidade de obtenção de benesses materiais, como cestas básicas e lanches³³.

Podemos inferir que parte disso pode ser explicado pela relação biomédica e centrada na doença estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes ao longo das décadas, em especial antes da

instituição do SUS. Ademais, mesmo após a criação desse Sistema, o modelo hospitalocêntrico ainda predomina nas formas de agir de muitos profissionais em saúde. A predominância do paternalismo e do autoritarismo na relação entre cuidador e cuidados em saúde persiste durante muito tempo, na qual a autonomia do usuário era deixada de lado em favor das decisões do profissional de saúde. Tudo isso corroborou para se constituir, historicamente, uma postura passiva de muitos dos usuários, que até hoje é difícil de superar³⁴. Antes da existência do SUS, esse modelo no qual o profissional detinha totalmente o poder sobre o tratamento do paciente era o mais aplicado, além de que havia muitos locais que prestavam assistência aos economicamente mais pobres de forma filantrópica, pois esses não podiam pagar um plano de saúde e tampouco tinham direito a um atendimento na rede pública³².

O modelo assistencialista persiste até hoje, como é constatado por Oliveira e Dallari: "(...) ao associar sua participação na CLS como uma ajuda ao próximo, o sujeito coletivo G entende o controle social como prática caritativa. (...) o que se verifica é o SUS entendido como ação de filantropia, contrariando a premissa da saúde como direito social e de cidadania"^{15:209}. Desse modo, o assistencialismo dos serviços de saúde continua sendo priorizado em detrimento da procura por autonomia dos sujeitos³⁵.

Para superar essa situação, destaca-se nos artigos estudados que é imprescindível a formação política dos conselheiros e dos usuários do SUS, para que construam uma consciência crítica e política³⁶⁻³⁸. Nessa direção, a perspectiva pedagógica da educação popular em saúde é realçada como maneira de conduzir os processos formativos desses sujeitos acerca do seu papel na sociedade e como podem participar das decisões das políticas e das ações dos serviços de saúde^{39,40}.

b) Limites quanto à cultura política participativa da população

Nesse tópico, cabe inicialmente ponderar que sua ideia central se associa com o modo como a população vê a saúde, concebendo-a, conforme demonstram os estudos pesquisados, como a ausência de doença, e compreendendo sua busca como um processo de domínio apenas do profissional. Com esse olhar, a população não se enxerga como promotora e corresponsável pela saúde e tampouco a entende como um direito social e humano, o qual deve e pode ser promovido e desenvolvido pelo Estado através de políticas públicas e serviços coerentes com esse propósito. Assim, depreende-se que boa parte da população possui uma cultura política que vê a assistência à saúde como um favor, uma benesse ou um algo que pode ser comprado, mas não a enxerga como um direito, diante do qual, caberia monitorar, fiscalizar, acompanhar, propor e assim participar ativa, criativa e criticamente. Oliveira e Dallari acentuam que: "(...) as dificuldades de participação do segmento dos usuários, que podem ser associadas a fatores socioculturais históricos, como a falta de tradição participativa e de cultura cívica e a cultura política dominante"^{15:211}.

A cultura política da participação e a visão de participação que essa carrega vai, portanto, impactar diretamente nos interesses da comunidade, em como seus protagonistas vêem o conselho de saúde e os demais espaços participativos em saúde. A falta de interesse da população em participar desses espaços constitui um dos principais fatores colocados nos estudos sobre o que constituiria dificuldades para a participação social em saúde na APS^{41,42}. A explicação para tanto, em muitos dos artigos, origina-se da fragilidade na compreensão da população sobre a saúde como direito¹⁴.

A passividade se mostra como uma das grandes dificuldades no processo de consolidação da participação social em saúde no Brasil. Um autor que ilustra essa dimensão é Gomes et al²⁸, quando diz, a partir da observação de reuniões de um conselho de saúde, que "(...) identificou-se poucos usuários questionando o que fora estabelecido. Atenta à pauta, a maioria aceitava passivamente os

encaminhamentos do gestor, tais como a realização da reunião, mesmo com falta do quórum mínimo e a não leitura da ata^{28:541}.

Segundo alguns dos estudos apontam^{43,44}, a passividade muitas vezes é reforçada no cotidiano dos espaços de participação social em saúde na APS pelo receio quanto aos desdobramentos de um envolvimento mais ativo do usuário na dinâmica do serviço. Por exemplo, com o receio do usuário de ser reclamado ou de ser diminuído pelos gestores durante as reuniões, ou mesmo de serem vítimas de perseguição em função das críticas e denúncias que possam fazer. Tais sentimentos afastam parte população dos espaços de participação⁴³. Ademais, muitos consideram que por conhecer pouco do SUS e de seu funcionamento, não teriam capacidade de participar e poderiam até atrapalhar a condução dos processos de participação nos espaços participativos. Peixoto, Marsiglia e Morrone em estudo no contexto de uma ouvidoria da saúde, identificaram alguns aspectos que dificultam a participação dos usuários, e ilustram dizendo “[...] o receio que muitos tinham de se manifestar através da ouvidoria, com temor de represália por parte dos funcionários da instituição”^{44:792}. Esses desafios que expressam a problemática da participação da comunidade na fiscalização e na avaliação da política de saúde, os quais se ampliam nos municípios menores⁴⁵.

Essa postura conformista não é algo visto apenas na esfera da saúde. Ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira, ao longo da sua história, testemunhou diversos movimentos e organizações sociais oriundos de uma punjante e ativa participação da sociedade na vida pública, parte da população permanece em uma situação de espectadora dos fatos e processos sociais, não participando de uma forma proativa dos acontecimentos. Isso revela um paradoxo presente na realidade da sociedade brasileira no que tange a sua participação, testemunhando, ao mesmo tempo, contextos e situações de protagonismo e de conformismo, fenômenos os quais foram estudados profundamente por Marilena Chauí⁴⁶, dentre outros autores.

Conforme aponta Chauí⁴⁶, desde os primórdios da criação do Estado brasileiro, a dificuldade no acesso à educação de qualidade, juntamente com as desigualdades e a exclusão social, dentre outros fatores, têm trazido empecilhos no que diz respeito à tomada ampla de uma postura crítica, propositiva e corresponsável da população em diferentes contextos. Isso se deve também a formas de governar historicamente impostas à população, com aplicações autoritárias de políticas e ações sem diálogo e sem planejamento participativo. Assim, parte das pessoas cultivou uma cultura de participação política retratada apenas pelo depósito de seu voto nas urnas eleitorais em momentos de certames pela definição dos gestores das várias esferas e órgãos governamentais⁴⁷. Assim, a história brasileira é marcada por uma população que denuncia, critica, observa, discute e acompanha as gestões públicas, mas não sente parte da mesma, inclusive por tal participação ter lhe sido efetivamente negada ou deslegetimada ao longo dos anos.

Assim, uma prática política pautada em fenômenos como o populismo e o clientelismo foi se consagrando na história brasileira, em que pesem os valorosos, potentes e marcantes esforços de setores organizados das classes populares em constituírem movimentos, partidos e outros espaços políticos para terem voz, vez e presença ativa e ativa na agenda pública nacional. Contudo, na grande maioria da população, a passividade política está enraizada, de modo que muitas vezes passa a ser vista como normal ou justificável, ocorrendo uma banalização inclusive do ser, do agir e do pensar político. Como se essa dimensão fosse apenas da esfera dos “políticos profissionais”. Além disso, outros fatores como a falta de transparência de muitas gestões, os casos de corrupção, a exclusão da população das decisões importantes e estruturantes, além da impunidade em relação à corrupção cria um ciclo vicioso que desanima quem tenta lutar contra ele. Daí nasce a ideia, para muitas pessoas da população, de que não adianta tentar mudar algo, pois tudo sempre será da mesma forma, fomentando esse ciclo de inércia⁴⁷.

O distanciamento dos representantes no setor legislativo também é algo corriqueiro na política brasileira. Conforme colocado anteriormente, a maioria dos representantes da população nos espaços legislativos pouco cria uma gestão participativa e democrática de seus mandatos, no sentido de permanentemente criarem canais de comunicação e de construção compartilhada com os setores os que elegeram, de modo tanto a fomentar o debate político sobre a agenda pública nos vários territórios, como para que as decisões tomadas nas votações dos espaços legislativos efetivamente sejam coerentes com os anseios, as demandas e as percepções da população. Em democracias efetivamente comunicativas, há cobrança da comunidade em relação aos seus representantes eleitos, os quais devem prestar contas sobre o que estão fazendo em prol das pessoas que o elegeram⁴⁸. No entanto, o que vemos na realidade brasileira é uma distância entre essa elite política e a população, de modo que há um grande limite da democracia que é posta em prática na esfera local, uma vez que pouco existe retorno do poder legislativo aos seus representados^{36,49}. Desse modo, vemos a importância dessa gestão participativa a partir do momento em que percebe-se que “enquanto o controle social não fizer parte da cultura do povo, ele não pode substituir os controles formais hoje existentes”^{50:11}

c) Fragilidade quanto ao pertencimento e ao conhecimento da população sobre os espaços de participação

O pertencimento ou sentimento de pertença, na acepção utilizada nesse estudo, perpassa a identidade das pessoas com um determinado espaço social, uma experiência, um fenômeno ou um grupo social, de tal modo que as pessoas sintam que esse espaço é público, mas também “seu”. Sentir pertencimento em relação à participação social implica, nesse olhar, a crença das pessoas de que as atividades inerentes a essa participação irão qualificar sua vida, a vida das pessoas em sua rede de apoio social, como também a vida de indivíduos distintos, mas que compartilham de uma mesma comunidade. Victor Valla⁵¹ estudou o apoio social e o quanto essa dimensão aflora o investimento de uma relação de pertencimento comunitário e em redes locais de solidariedade e de enfrentamento de condições desumanizantes de viver.

Especialmente no âmbito macroestrutural, a sensação de pertencimento do cidadão em relação aos dispositivos institucionais depende, em grande monta, da reciprocidade que percebe quanto observar o atendimento, ou não, do Estado para suas demandas e necessidades. Para mais, é importante ao indivíduo, para sentir-se pertencente, aferir em que medida sua voz tem vez e relevância na construção social e das políticas públicas. Assim, a democracia é uma pré-condição essencial, bem como o reconhecimento dos direitos sociais e da cidadania. E tudo isso só pode ser obtido através da garantia de condições fundamentais como autonomia, direito à informação, conhecimento próprio e de sua cultura, saúde física e mental. É nesse ponto em que entra o Estado, que deve prover todas essas condições necessárias para que o indivíduo se sinta parte da comunidade⁵².

No contexto atual, poucas dessas condições básicas para dar aporte a um sentimento de pertencimento são observadas, o que leva a uma substancial fragilidade no reconhecimento do cidadão em relação a seu papel como partícipe ativo que cuida, protege e promove algo que não é apenas “do Estado”, mas também é seu e dos seus. Assim, nos deparamos com situações em que os indivíduos se distanciam dos fóruns de exercício de seus direitos participativos, por vezes por não se reconhecer como parte integrante de uma sociedade que prima pelo envolvimento de todos em sua construção. Por avaliar que sua voz não será ouvida. Sua opinião não terá consequência prática. E, preocupantemente, a sensação de que a construção do Estado lhe é alheia.

Nessa direção, em se tratando de conselhos de saúde, nos locais em que eles existem, ainda se

enfrenta grandes dificuldades de serem conhecidos pela própria população como espaços de decisão sobre a vida comunitária e, particularmente, sobre os serviços de saúde. Diversos artigos pesquisados constataram que os conselhos de saúde existem de forma quase invisível em suas comunidades^{29,53}. Em muitos casos, pouco existe ou até inexistente divulgação das reuniões, de suas funções e atividades³¹. A maioria da população não sabia dizer qual o papel do conselheiro e muito menos quem eles eram. Mesmo sendo pessoas conhecidas, os usuários não tinham conhecimento do seu cargo como conselheiro local de saúde⁵⁴.

Desse desconhecimento das funções, objetivos e atuação do conselho, surge um distanciamento da população em relação aos espaços de participação instituídos nos territórios. Ao não participarem das decisões tomadas, há um enfraquecimento dos espaços de participação social, e há também um distanciamento significativo entre o que é elaborado e discutido nesses espaços em relação às questões concretas de demandas e de necessidades de cada população. Isso, muitas vezes, induz gestores e autoridades a desconsiderarem as decisões tomadas nesses locais, criando um ciclo vicioso de não resolubilidade que mantém afastadas as pessoas que deveriam ser as principais defensoras da existência desses espaços participativos. Assim, cada vez mais os conselhos perdem sua capacidade de melhorar a relação entre Estado e sociedade^{29,53,55}.

d) Obstáculos no funcionamento dos conselhos de saúde no que tange à resolutividade e propositividade

Os estudos apontam para a escassez de atividades de divulgação que consigam estabelecer uma comunicação dos processos e das ações constituídas nos espaços de participação, como os conselhos de saúde, para com a população^{29,31}. Denota-se que, em muitos locais, parte da população pouco tem conhecimento sobre as funções e as atividades realizadas pelos conselhos. Miwa, Serapione e Ventura³¹ ilustram isso ao dizer que:

os usuários entrevistados para esta pesquisa frequentavam grupos de promoção de saúde, e, nesses grupos, há participação de membros do Conselho. No entanto, a função de conselheiros desses participantes nem sempre é divulgada entre os grupos, que não costumam ser usados para a divulgação das atividades dos CLS. Indagados sobre as formas de divulgação dos dias de reunião, horários e atividades dos CLS, os conselheiros responderam que, geralmente, a difusão das informações ocorre por meio de cartazes ou do “boca a boca” entre aqueles que já conhecem o Conselho. Entretanto, os resultados da observação não confirmaram a existência dessas formas de divulgação. Em nenhum momento da pesquisa, foram observados anúncios, cartazes, ou mesmo divulgação “boca a boca” com usuários que não fossem diretamente ligados ao CLS, - isto é, que não fossem os próprios conselheiros. Tal comportamento corrobora a manutenção da invisibilidade dos conselhos locais entre a comunidade em que se encontram^{31:416}.

Outra dificuldade identificada consistiu na implementação de conselhos de saúde de forma cartorial e sem a efetiva participação da comunidade. Nesse caso, esses espaços são constituídos por meio de articulações de bastidores para a composição dos assentos dos conselhos de acordo com os desejos de gestores locais. Ademais, reuniões são feitas preponderantemente para registro e aprovação burocrática de pautas de interesse da gestão. Tais ações são promovidas com o objetivo de demonstrar aos órgãos de controle e fomento do SUS que as instâncias participativas locais encontram-se em pleno funcionamento. No entanto, na realidade, não há um envolvimento orgânico, sistemático e proativo dos cidadãos locais na construção desses espaços, os quais são assim muito mais usados de forma artificial e burocrática para manter o atendimento as diretrizes de controle social do SUS. Em outros contextos, observa-se também conselhos que foram frutos de lutas políticas, mas por não serem valorizados e ocupados acabaram servindo apenas para referendar os interesses de setores da gestão do SUS, com composição voltada a favorecer um determinado grupo ou bloco político⁵⁶, de modo a serem compromissados em aprovar as ações

trazidas pelos gestores ou por trabalhadores, mas sem maior discussão. Isso provoca falta de representatividade efetiva da população e suas diversas composições grupais, demandas e necessidades nos espaços de participação, atribuída a algumas situações de ingerências políticas na escolha de conselheiros, ou seja, interferência de políticos na escolha de pessoas para que haja um favorecimento da sua vontade²⁹. A consequência disso consiste na fragilidade da representação dos interesses dos cidadãos em cada território, o que não vai sanar as necessidades daqueles que deverão receber aqueles benefícios que estão sendo deliberados.

Muito se identificou, nos estudos pesquisados, a pouca resolutividade e propositividade dos espaços de participação como obstáculo importante. Ao verem os debates e decisões sobre políticas públicas que ocorrem nos espaços de participação não serem implementados, automaticamente ocorre um desgaste nos cidadãos, que se tornam mais céticos quanto ao real poder de mudança que possuem⁴. Muitas pessoas procuram os espaços de participação social com o objetivo de resolver problemas concretos. Ao participarem e testemunharem a não resolução desses problemas, perdem a referência de utilidade do espaço e passam a não priorizar seu envolvimento com o mesmo. Parte disso pode ser atribuída aos gestores em saúde, que, conforme demonstram os estudos pesquisados, pouco priorizam levar em consideração as resoluções dos conselhos, não reconhecendo-os como locais de ausculta autêntica para a reorientação das políticas e dos serviços de saúde conforme a manifestação válida das demandas populares^{57,58}.

É por fatores como esses que, apesar de constituírem iniciativas de discussão e de decisão que visam trazer benefícios para a população, nem sempre é assim que os espaços de participação são vistos pelos indivíduos. Principalmente quando se trata dos conselhos, os estudos apontam que há muita descrença da população em relação às suas ações, as quais as pessoas não julgam que vão causar algum benefício em larga esfera³¹.

O diálogo e a capacidade de colaboração coletiva na construção de propostas e de ideias para a qualificação e para o aprimoramento dos serviços constituem dimensões fundamentais para o caráter propositivo e encaminhativo dos espaços de participação. Contudo, os estudos apontam também a dificuldade de estabelecer o diálogo como forma de condução dos serviços de saúde e dos encontros e relações humanas em seu interior. Essa dificuldade de diálogo, que cria uma barreira de desigualdade entre comunidade e gestores, diminui o poder de resolução de conflitos dentro do território, além de impedir a inovação através de propostas para mudar a realidade atual⁴³.

e) Fragilidades quanto ao compromisso de gestores e trabalhadores em colocar em prática as deliberações e pactuações das instâncias participativas

Essa dificuldade geralmente está presente em muitos dos espaços participativos na APS, de acordo com os estudos pesquisados. A participação social é um elemento chave na construção do SUS, o qual prima pelo compartilhamento da tomada de decisões entre profissionais de saúde, usuários e gestores⁵⁹. Entretanto, o constatado foi um distanciamento entre os órgãos que possuem um efetivo poder de decisão e a sociedade civil, que é quem possui maior possibilidade de apontar os lugares onde intervenções precisam ser feitas^{60,61}.

As decisões que a população discute e encaminha coletivamente, através dos espaços de participação social, com a gestão e os trabalhadores desses espaços deveriam ser implementadas nas formas de organização dos serviços pelos órgãos responsáveis. Quando isso não acontece, há um desgaste substancial, seguido de uma sensação de impotência que desmotiva a continuidade da participação da comunidade nas ações⁴.

Indica-se nos estudos que, além de não acatar as decisões, existem outras estratégias usadas por alguns dos gestores para influenciar as discussões, como por exemplo o uso de palavras específicas e jargões⁵³, os quais dificultam a participação de algumas pessoas da comunidade. Muitas vezes, essa não aceitação de alguns dos gestores e dos trabalhadores pelo que foi decidido pela população deriva da pouca valorização do conhecimento popular e de sua potencialidade para a elaboração de propostas e de estratégias concretas para a organização dos serviços de saúde e de suas ações⁶².

A perpetuação de uma perspectiva política que prima pelo autoritarismo e pelo clientelismo também tem consequências nesse tópico. Nos conselhos de saúde, por vezes é sentida a influência de entidades políticas externas nas decisões tomadas internamente, de modo a se tentar usar de seu poder para conseguir ver suas demandas atendidas, independentemente da discussão e deliberação soberana dos conselheiros. Essa intromissão não é feita apenas de maneira direta, podendo ocorrer também por meio da burocratização, pela manipulação ou até exclusão de setores interessados. Tal maneira de agir afasta o conselho do seu caráter deliberativo e decisivo, tornando-o apenas mais um instrumento à mercê de entidades mais poderosas⁶³.

Ao contrário do que essa ideia pode trazer, em verdade a participação da população nas deliberações tem uma validade ímpar, uma vez que conflui para a organização de ações e de políticas nos serviços de APS que estejam efetivamente coerentes com a realidade social circundante e com as necessidades de saúde expressas no território e por seus protagonistas.

Assim, percebemos que há uma barreira que deve ser transposta nesse âmbito: a da inclusão dos espaços de participação da escuta acolhedora, autêntica e profunda dos protagonistas populares, para que a voz de todos seja ouvida, pois cada uma delas importa para a construção de relações e de experiências em saúde que estejam pautadas pela pluralidade e pela democracia.

f) As determinações sociais do processo saúde geram obstáculos significativos para a participação social em saúde.

Catanante et al nos diz que "o impacto da pobreza no perfil de saúde tem origem nas situações persistentes de desvantagem e discriminação vivenciadas por determinados grupos sociais e que afetam a saúde de modo distinto"^{10:3970}. Uma dificuldade encontrada para a promoção da participação social na APS está nos limites e obstáculos impostos pela exclusão social, os quais impõem situações muitas vezes grandes demais para serem transpostas, no sentido de a população conseguir, de fato, se fazer representada nos espaços participativos e nas lutas por seus direitos.

De acordo com um estudo analisado¹⁰, esse problema parte primeiro da questão geográfica, uma vez que muitos usuários, por morarem distante das unidades de saúde ou dos locais de deliberação comunitária, têm substanciais dificuldades em ter acesso a esses espaços e assim deixam de ser ouvidos e suas opiniões e pontos de vista não são computados. Além disso, dificuldades quanto a condições de pobreza econômica, de pouco acesso à escolaridade, de vulnerabilidades sociais, entre os usuários presentes na porta de entrada do SUS, também confluem com a existência de menos oportunidades para que essas pessoas priorizem o envolvimento em espaços e agendas públicas para o exercício de seus direitos sobre a gestão do sistema de saúde¹⁰.

Ademais, muitas vezes, os atores sociais participantes dos espaços de participação são aqueles que, mesmo em contextos de vulnerabilidade, possuem melhores condições e articulações para se envolver e, assim, atuam nesses contextos pela defesa de interesses próprios ou de grupos delimitados. Com isso, parte significativa dos atores sociais em situação de exclusão ficam alheios ao processo e pouco tomam conhecimento desses espaços, também pouco conseguindo vocalizar

suas propostas e necessidades. Como diz Serapione⁶⁴: "Muitos estudos têm demonstrado que nem sempre os representantes dos usuários e as associações de pacientes conseguem ser representantes das necessidades de toda a população e, sobretudo, dos setores sociais mais desfavorecidos"^{64:4834}. A consequência disso é, sobretudo, a fomentação de um ciclo de determinação social da pobreza e da miséria, que limita a existência de condições objetivas para que a população frequente os espaços participativos com sua diversidade de vozes nas pautas que orientam as tomadas de decisão nos serviços de saúde, por vezes negligenciando as reais demandas das comunidades que vivem nos territórios.

Considerações Finais

O presente estudo relevou que a literatura atual no âmbito da Saúde aponta contribuições importantes sobre as principais dificuldades para a promoção da participação social na APS. Todavia, nos artigos consultados, a dimensão das dificuldades encontra-se, em sua maioria, pouco enfatizada e desenvolvida, pois está diluída entre outras importantes dimensões e aspectos do tema da participação social e sua expressão no debate em torno da APS. Dessa forma, o estudo em tela contribuiu com a explicitação mais sistematizada e aprofundada dos elementos componentes e explicativos dessas dificuldades. Assim, acredita-se contribuir para respaldar novos estudos, como também com práticas concretas nos serviços capazes de subsidiar trabalhadores de saúde, gestores e usuários na superação desses limites.

Percebemos então diversos entraves que são decisivos para a realização de uma efetiva atuação coletiva e individual dos usuários no processo de resolução, ampliação e gestão dos serviços na APS. Para mais, fragiliza-se a plena promoção e garantia dos direitos dos cidadãos na tomada de decisões. Os estudos apontaram, em geral, que é tímido o esclarecimento da população em torno dos espaços de participação e de seu funcionamento, bem como é frágil o envolvimento com esses espaços, percebendo-se desinteresse de parte da população em se fazer presente, seja por não compreender o poder transformador das discussões geradas, ou por perceber que o seu posicionamento não é tido como relevante pelos gestores. Ademais, como também ocorre em várias esferas da gestão pública, o sentimento de descrença nas ações dos conselhos de saúde, aliado à burocratização de alguns dos espaços e setores do SUS, contribui com a ideia de que a intervenção dos usuários não causará benefício, reforçando a esterilidade de tais ambientes, na resolução de problemas, que acabam ficando à mercê do que for escolhido pelos gestores.

Em que pese terem ficado evidentes a existência de barreiras importantes no processo de aprimoramento e expansão dos espaços de participação social na APS, essas podem se tornar transponíveis por meio de novas abordagens, experiências e relações no cotidiano da produção de ações de saúde nos territórios. Dentre as alternativas, aponta-se a educação popular em saúde, como maneira de instruir os sujeitos acerca do seu papel na sociedade. Ressalta-se a necessidade de construção de um serviço que priorize o exercício concreto da participação para a paulatina elaboração coletiva de uma consciência crítica, política e de classe junto a população no âmbito da APS.

Referências

¹ Chaves L, Alves A da C, Souza J, Barros L, De Araújo PD, Silva TPC. Curso "Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde": Uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. *Interface Commun Heal Educ.* 2014 Dez 1; 18: 1507–12.

² Vilaça DSS, Cavalcante DS, De Moura LM. Brazilian federal district health council actions regarding

the primary health care reform, 2016 to 2018: Case study. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Ago 26]; 24 (6): 2065–74. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-3676-7372>

³ Avritzer L. Associativismo e participação na saúde; uma análise da questão na região nordeste do Brasil. In: FLEURY, S; LOBATO, LVC *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 151–74.

⁴ Kleba ME, Zampirom K, Comerlatto D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: Desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saude e Soc* [Internet]. 2015 Jun 22 [acesso 2020 Jul 23]; 24 (2): 556–67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200556&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁵ Giovanella L, Almeida PF. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 Out 2 [acesso 2020 Aug 25];33Suppl 2:e00118816. Disponível em: <http://www.isags-unasul.org/biblioteca>.

⁶ Souza CMN, Heller L. Deliberative effectiveness in municipal sanitation and health councils: A study in Belo Horizonte-MG and in Belém-PA. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 Nov 1 [acesso 2020 Ago 26];24(11):4325–34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019001104325&lng=pt&nrm=iso&tlng=em

⁷ Oliveira FS. Participação popular na formação do comitê de equidade em saúde na cidade de Goiás, Goiás. *Cad IBERO-AMERICANOS DIREITO SANITÁRIO* [Internet]. 2015 Dec 17 [acesso 2020 Jul 24]; 4 (4): 44. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/165>

⁸ Heidemann ITSB, Cypriano C da C, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. A comparative study of primary care health promotion practices in Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil, and Toronto, Ontario, Canada. *Cad Saude Publica*. 2018; 34 (4).

⁹ Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani MH. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. *Rev Odontol da UNESP*. 2015 Jun; 44 (3): 143–51.

¹⁰ Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava M do CGGC. Participação social na atenção primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2017 Dec 1 [acesso 2020 Jul 23]; 22 (12): 3965–74. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203965&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

¹¹ Pereira I de P, Chai CG, Loyola CMD, Felipe IMA, Pacheco MAB, Dias R da S. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 Maio 30 [acesso 2020 Ago 6]; 24 (5): 1767–76. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501767

¹² Campolina Fernandes V, Stella Spagnuolo R, Gabriela Bronzato Bassetto J. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras em promoção da Saúde* [Internet]. 2017 Mar 30 [acesso 2020 Jul 24]; 30 (1): 125–34. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5952>

¹³ Oliveira DM de, Deus NCP de, Caçador BS, Silva ÉAE, Garcia PPC, Jesus MCP, et al. Nurses'

knowledge and practice on social participation in health. *Rev Bras Enferm.* 2016 Jun 1;69(3):421–7.

¹⁴ Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: Um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis.* 2015 Out 1; 25 (4): 1059–78.

¹⁵ Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate.* 2017 Set; 41 (spe3): 202–13.

¹⁶ Piccoli A de S, Kligerman DC, Cohen SC. Políticas em saúde, saneamento e educação: Trajetória da participação social na saúde coletiva. *Saude e Soc.* 2017; 26 (2): 397–410.

¹⁷ Fleury S. Capitalismo, democracia, cidadania - contradições e insurgências. *Saúde em Debate.* 2018 Nov; 42(spe3): 108–24.

¹⁸ Souto LRF, Noronha GS, Costa AM, Pereira TR, Noronha JC de. Civilização ou barbárie. *Saúde em Debate.* 2018 Nov; 42 (spe3): 125–44.

¹⁹ Wermuth MÂD, Nielsson JG. Ultraliberalismo, evangelicalismo político e misoginia: a força triunfante do patriarcalismo na sociedade brasileira pós-impeachment. *Rev Eletrônica do Curso Direito da UFSM [Internet].* 2018 Ago 30 [acesso 2020 Dez 7]; 13 (2): 455. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/27291>

²⁰ Cruz PJSC, Silva MRF, Pulga VL, Machado AMB, Brutscher VJ. Educação Popular em Saúde. *Rev Educ Pop [Internet].* 2020 Jul 13 [acesso 2020 Dez 7]; 6–28. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/56014>

²¹ Castro IRR. A extinção do conselho nacional de segurança alimentar e nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. Vol. 35, *Cadernos de Saude Publica.* Fundacao Oswaldo Cruz; 2019.

²² Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Soc [Internet].* 2004 Aug [acesso 2020 Dez 3]; 13 (2): 20–31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

²³ Gohn MG. Teorias sobre participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Cad CRH [Internet].* 2019 Jun 7 [acesso 2020 Dec 7]; 32 (85): 63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>

²⁴ Cruz PJS, Brutscher VJ. Participação popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Matta, Gustavo côrrea; Gondim, Roberta; Giovanella L, editor. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Fiocruz; 2018. p. 231–64.

²⁵ Vasconcelos E. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, editors. *Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270–88.

²⁶ Greenhalgh T. How to read a paper: Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *BMJ [Internet].* 1997 Set 13 [acesso 2020 Jul 24];315 (7109): 672–5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9310574/>

- ²⁷ Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008 Dez; 17 (4): 771–8.
- ²⁸ Gomes AM, Colliselli L, Kleba ME, Madureira VSF. Reflections and collective production about being a municipal health counselor. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71: 496–504.
- ²⁹ Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP da, Campos GW de S, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Jul 23]; 38 (special): 252–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- ³⁰ Raimondi GA, Paulino DB, Mendes Neto J de P, Diniz LF, Rosa GF de C, Limirio Junior V, et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 Jun [acesso 2020 Jul 25]; 42 (2): 73–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170043>
- ³¹ Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saude e Soc* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 23]; 26 (2): 411–23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200411&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- ³² Bedin DM, Scarparo HBK, Martinez HA, Matos IB. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. *Saude e Soc*. 2014; 23 (4): 1397–407.
- ³³ De Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMDA, Sampaio MHLDM. Participação popular nas ações de educação em saúde: Desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface Commun Heal Educ*. 2014 Dez 1; 18: 1389–400.
- ³⁴ Batista e Silva H. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2010 Dec [acesso 2020 Jul 22]; 10(SUPPL. 2):s419–25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- ³⁵ Silveira AR, Brante ARSD, Stralen CJ van. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Jul 25]; 38 (103): 783–93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400783&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- ³⁶ Gonçalves CCM, Bógus CM. Participação social, planejamento urbano e promoção da saúde em Campo Grande (MS). *Trab Educ e Saúde*. 2017 Mar 6;15(2): 617–40.
- ³⁷ Lisboa EA, Sodr e F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2016 Aug 15 [acesso 2020 Ago 25]; 14 (3): 679–98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>
- ³⁸ Paro CA, Silva NEK e. Teatro do oprimido e promoção da saúde: tecendo diálogos. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2018 Mar 19 [acesso 2020 Jul 25]; 16 (2): 471–93. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00110>

³⁹ Ramos CFV, Silva MSB da, Rosa A da S, Santana CLA de, Tanaka LH. Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20180969.

⁴⁰ Brutscher VJ, Cruz PJSC. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde / Social participation from the perspective... *Cad CIMEAC* [Internet]. 2020 Jul 16 [acesso 2020 Ago 6]; 10 (1): 126. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/cimeac/article/view/4117>

⁴¹ Bispo Júnior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate.* 2014; 38 (102): 440–51.

⁴² Neta ISS, Medeiros MS de, Gonçalves MJF. Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Jan [acesso 2020 Abr 23]; 42 (116): 307–17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100307&lng=pt&tlng=pt

⁴³ Silva RP, Jesus EA, Ricardi LM, Sousa MF de, Mendonça AVM. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. *Saúde em Debate.* 2016 Set; 40 (110): 81–94.

⁴⁴ Peixoto SF, Marsiglia RMG, Morrone LC. Atribuições de uma ouvidoria: Opinião de usuários e funcionários. *Saude e Soc* [Internet]. 2013 Jul [acesso 2020 Jul 22]; 22 (3): 785–94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁴⁵ Bortoli FR, Kovaleski DF. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 Out 9 [acesso 2020 Ago 25]; 43 (123): 1168–80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401168&tlng=pt

⁴⁶ Chauí M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil.* 6a edição. São Paulo: Brasiliense; 1994.

⁴⁷ Andrioli AI. Causas estruturais da corrupção no Brasil. *Rev Espaço Acadêmico* [Internet]. 2006 Sep [acesso 2020 Jul 24]; (64). Disponível em: <https://www.andrioli.com.br/index.php/artigos/82-causas-estruturais-da-corrupcao-no-brasil>

⁴⁸ Pinto CRJ. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Rev Bras Ciências Sociais* [Internet]. 2004 Fev [acesso 2020 Jul 23]; 19 (54): 97–113. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁴⁹ Rocha MB, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 Jan 1 [acesso 2020 Aug 26]; 36 (1):e00241718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2020000105013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁵⁰ Pacheco HF, Leal EMM, Gurgel Júnior GD, Santos F de A da S, Medeiros KR de. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Jun 3 [acesso 2020 Ago 26];30(1):2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000100605&tlng=pt

⁵¹ Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1999 [acesso 2020 Out 20]; 15 (suppl 2): S7–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁵² Tavares RC. O sentimento de pertencimento social como um direito básico e universal. *Cad Pesqui Interdiscip em Ciências Humanas* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Out 2]; 15 (106): 179–201. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p179/pdf_7

⁵³ Busana J de A, Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLP. Participação popular em um conselho local de saúde: Limites e potencialidades. *Texto e Context Enferm*. 2015 Jul 25;24(2):442–9.

⁵⁴ Pinheiro IDFS, Maracajá KFB, Chim-Miki AF. Política pública de regionalização do turismo: Um estudo sobre a participação social no Polo de Turismo Seridó. *Tur - Visão e Ação* [Internet]. 2020 May 21 [acesso 2020 Ago 6]; 22 (1): 162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14210/rtva.v22n1.p162-184>

⁵⁵ Pereira I de P, Chai CG, Dias R da S, Loyola CMD, Pacheco MAB. Public prosecutor's office, municipal health councils and practices of interinstitutional dialogue. *Saude e Soc*. 2019; 28 (2): 111–23.

⁵⁶ Lazarini WS, Sodré F, Dalbello-Araujo M. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2014 Dez 1 [acesso 2020 Jul 25]; 18: 1227–40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601227&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁵⁷ Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*. 2017 Set; 41 (spe3): 155–70.

⁵⁸ Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. *Saúde e Soc*. 2020; 29 (1).

⁵⁹ Lima FA, Galimbertti PA. Sentidos da participação social na saúde 157 para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis* [Internet]. 2016 Jan 1 [acesso 2020 Jul 23]; 26 (1): 157–75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>

⁶⁰ Peixoto MV da S, Santos GS, Nobre GRD, Novais AP de S, Reis PM. Analysis of popular participation in healthcare policy for people with disabilities in aracaju, sergipe, Brazil. *Interface Commun Heal*

Educ [Internet]. 2018 Out 1 [acesso 2020 Jul 23]; 22 (67): 1099–110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

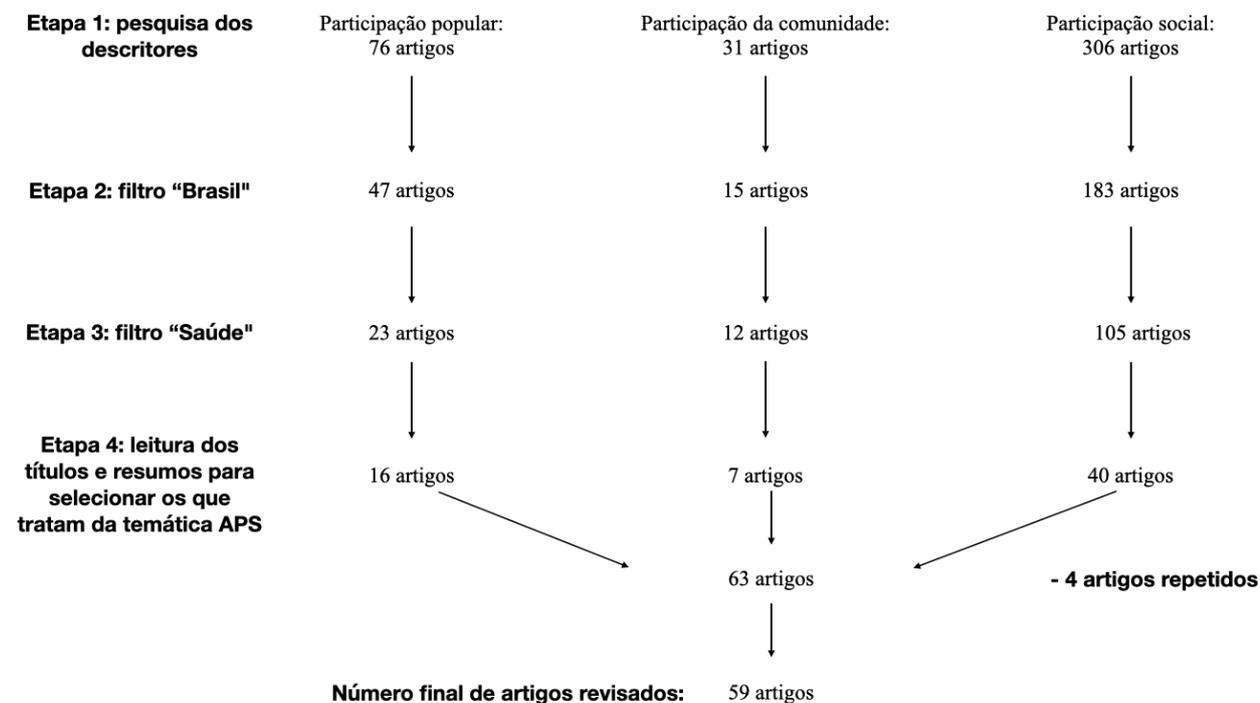
⁶¹ do Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: Uma revisão do estado da arte. Physis [Internet]. 2017 Out 1 [acesso 2020 Jul 25]; 27 (4): 1265–86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>

⁶² Gonçalves RP, de Lima EC, de Oliveira Lima JW, da Silva MGC, Caprara A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. Saude e Soc [Internet]. 2015 Jun 22 [acesso 2020 Jul 23]; 24 (2): 578–93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200578&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁶³ de Oliveira LC, Pinheiro R. The participation in health councils and its interface with politics culture. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2010 [acesso 2020 Out 1]; 15 (5): 2455–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁶⁴ Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2014 Dec 1 [acesso 2020 Jul 25]; 19 (12): 4829–39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204829&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

APÊNDICES



Esquema: artigos encontrados por descritor pesquisado. Fonte: os autores.

Quadro 1. Interpretação conceitual com síntese das ideias. Fonte: os autores.

Ideias oriundas da primeira rodada de interpretação	Síntese resultante da segunda rodada de interpretação
Participação dos usuários atrelada apenas a cessão particular e pontual de bem-estar e/ou a interesses de cunho material	Tímido conhecimento da população sobre o SUS e sobre a saúde como um direito constitucional
Conceber o SUS como caridade e/ou filantropia e não como um direito.	
Tímido conhecimento por parte da população acerca do papel e das formas de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde	Fragilidade quanto ao pertencimento e ao conhecimento da população sobre os espaços de participação
Escasso acesso à informação por parte da população sobre a função e atuação dos conselhos de saúde	
Restrição da dimensão da participação social em saúde ao funcionamento dos conselhos de saúde	Limites quanto à cultura política participativa da população
Participação da população é preponderantemente pontual, pouco consistente e descontínua	
O medo de expressar opiniões por receio de represálias pelos profissionais e gestores	
Pouco interesse e/ou credulidade da população no que tange a práticas e experiências sociais participativas	
Escassez de oportunidades de formação política e cidadã para a população	
Pouca disponibilidade de gestores e de trabalhadores de saúde em incluir de forma protagônica os saberes, as lógicas e as racionalidades do mundo popular na condução das ações de saúde	Fragilidades quanto ao compromisso de gestores e trabalhadores em colocar em prática as deliberações e pactuações das instâncias participativas
Dificuldade em integrar os diferentes conselhos de distintas políticas públicas	
Distanciamento do poder legislativo e dos atores representativos em relação à comunidade.	
Condução pouco participativa, parcamente resolutiva e timidamente propositiva dos espaços de participação social em saúde	Obstáculos no funcionamento dos conselhos de saúde no que tange à resolutividade e propositividade
Limites quanto à estrutura disponível para atender com qualidade os usuários no ouvir de suas queixas	
Ênfase utilitarista, tímido envolvimento e pouca efetividade na atuação dos representantes nos espaços de participação	
A convivência com situações de pobreza e outras determinações sociais	As determinações sociais do processo saúde geram obstáculos significativos para a participação social em saúde
Acesso e acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde	

Submissão: 29/08/2020

Aceite: 11/01/2021