

Análise Das Estratégias De Participação Popular Na Gestão Em Saúde

Kátia Leite Rodrigues Januário
Jamilly Nunes Moura Macedo
Jéssica Dos Santos Costa
Naiara Da Silva Santana
Juliana Da Costa Santana
Lusilândia Pinto Madruga
Fabiana Azevedo Melo
Patrícia Trindade Pantoja
Isabely Lima Monteiro
Elayne Jeysa Alves Lima

¹ (Especialista Em Urgência E Emergência, Enfermeira Na Ebserh)

² (Enfermeira Atuante No Hospital Universitário Hu-Unifap Ebserh, Especialista Em Clínica Cirúrgica Oncológica E Controle De Infecção)

³ (Especialista Em Saúde Da Família)

⁴ (Enfermeira, Ebserh)

⁵ (Enfermeira)

⁶ (Mestre Em Ciências Da Saúde, Ebserh)

⁷ (Especialista Em Enfermagem Cirúrgica)

⁸ (Mestre Em Ciências Da Saúde)

⁹ (Bacharel Em Enfermagem, Especializanda Em Auditoria Em Enfermagem E Enfermagem Do Trabalho Pela Faculdade Gran)

¹⁰ (Graduada Em Enfermagem, Centro Universitário Unifacid - Campus Horto - Wyden)

Resumo:

Fundo: A participação popular é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Federal e regulamentada por leis específicas. Apesar dos avanços institucionais com conselhos e conferências, ainda existem obstáculos que comprometem sua efetividade na gestão pública da saúde. Este estudo busca compreender os limites e potencialidades dessa participação, tanto em espaços formalizados quanto informais.

Materiais e Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases MEDLINE via PubMed, Cochrane, LILACS e SciELO, utilizando descritores como "participação da comunidade", "gestão na saúde" e "controle social", no período de 2009 a 2018. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, sete artigos compuseram a amostra final. Os dados foram analisados criticamente e organizados em categorias temáticas.

Resultados: Identificou-se que 42,85% dos estudos analisaram a participação institucional (conselhos e conferências), enquanto 57,14% abordaram formas não institucionalizadas (mobilizações, marchas, conselhos locais). Evidenciaram-se desafios como baixa efetividade da participação formal, fragilidade da representatividade, e ausência de capacitação contínua dos conselheiros. A atuação efetiva depende do engajamento dos usuários e da qualificação dos espaços deliberativos.

Conclusão: A participação popular ainda ocorre de forma incipiente e desigual. Para que seja efetiva, é necessário investir em processos formativos, reconhecer as múltiplas formas de controle social e fortalecer os mecanismos institucionais e alternativos de deliberação. A cidadania ativa no SUS depende do fortalecimento da educação política da população e da valorização dos espaços de escuta social.

Palavra-chave: Participação da Comunidade ; Gestão na Saúde ; Controle Social

Date of Submission: 14-05-2025

Date of Acceptance: 24-05-2025

I. Introdução

A gestão em saúde pode ser compreendida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, abrangendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Envolve três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos – singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência de formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (LORENZETTI et al, 2014).

A teoria clássica proveniente de uma administração ancorada em métodos e estratégias tradicionais ainda é prática recorrente e reconhecida atualmente na gestão pública em saúde. Diante disso, construir novas formas de gestão na área da saúde que sejam instituídas com base na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI et al, 2014).

Muitos são os desafios enfrentados por gestores de saúde, para tanto, os maiores estão relacionados com o que diz respeito a considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Dentre o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se a ousada proposta de controle social. O princípio de participação da comunidade tem sido concretizado através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 2003).

Essa proposta tem sido consolidada, sobretudo por meio de mecanismos de representação de interesses, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação popular através dos conselhos e conferências de saúde, como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009). Aonde o exercício do controle social vem sendo validado no que concerne aos interesses da população (BRASIL, 2009).

Através dessa perspectiva, a relação entre o Estado e a sociedade vem se efetivando, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, sendo eles os reais conhecedores das necessidades e problemas de saúde das comunidades (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). A discussão em torno do controle social em saúde inclina-se a partir das condições promovidas pela democratização da gestão pública em saúde.

Mesmo com a existência dos espaços institucionais, ratificando sua importância na consolidação e democratização das políticas de saúde, se faz necessário salientar outra forma de participação popular, a não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais (exemplo: uma consulta) até as mais coletivas/educativas (exemplo: grupo educativo) (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; ARANTES et al., 2007; BRASIL, 1990; PEREIRA et al., 2004 apud ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Os espaços de participação não institucionalizada se manifestam através da garantia da participação dos usuários na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, obter informações visando à transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações em saúde (NUNES et al, 2009).

No entanto, percebe-se que a participação popular e o controle social não estão efetivados em plenitude. Nunes et al (2009) argumentam a ideia de que a institucionalização excessiva e a tradição política assistencialista são limitações genéticas que comprometem a efetiva participação da população no serviço público.

Colabora para isso a falta de informação e a existência de vários interesses para que a população não tenha de fato conhecimento dos seus reais direitos, dificultando seu acesso. Frequentemente, os espaços voltados para discussão de políticas de saúde vêm sendo puerilizado pelos gestores, por meio do descompromisso dos gestores com as condições do bom exercício das funções dos conselhos e o frágil desejo da sociedade em participar destes, deixando aos gestores a responsabilidade de capacitar e estimular os conselheiros. Tal postura leva à sensação de que o papel de dirigir e formar o conselho cabe ao gestor e, infelizmente, esta lógica tem se propagado em muitos conselhos e nos mais diversos municípios, onde os conselheiros tornam-se assistentes do gestor, seguindo assim seus encaminhamentos (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Nessa conjuntura, torna-se oportuno compreender em que práticas se apoiam aqueles que participam ativamente dos processos decisórios no âmbito da gestão pública em saúde, desvelando os limites e potencialidades desta participação através de um minucioso estudo na literatura. Para tanto, questiona-se de que modo ocorre à apropriação da população nos espaços institucionalizados e nos não institucionalizados, e se ocorre, está sendo efetiva essa participação?

Em meio à indagação supracitada o desenvolvimento da pesquisa será para a realização de um estudo que permita analisar como a participação popular vem ocorrendo na atual sociedade, de modo a responder este questionamento.

Considerando o universo da temática desta pesquisa, sobre o modo como acontece à efetivação da participação popular na gestão em saúde, busca-se compreender os limites e as possibilidades da real democratização dos espaços de escuta da sociedade civil. Outra finalidade do estudo é chamar à atenção da população, sobre a necessidade de levar em consideração a sua participação na gestão em saúde.

Trata-se, sem dúvida, de tema de evidente relevância, pois se acredita que entender melhor a participação e o controle social na gestão em saúde, possa desencadear uma reflexão e revisão das suas práticas civis. Ainda poderá contribuir no fortalecimento da participação e organização do SUS, auxiliar na efetivação dos Conselhos e Conferências em Saúde, colaborar no reconhecimento do cidadão como um “gestor” referência neste âmbito e rever aspectos do processo de formação do cidadão no controle social.

De posse dessa visão, é preciso colaborar para construir uma estratégia de abordagem do assunto sob um ângulo que destaque o fenômeno político da participação e o integre com as demais dimensões sociais. De qualquer forma, a ideia relativa à instauração de uma nova ordem de cidadania é condizente com o aprofundamento da democracia participativa que, torna-se necessário uma reflexão crítica e constante sob quais condições e em quais localidades a participação popular efetivamente se coloca no processo de tomada de decisão. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar através das evidências científicas a efetivação da participação popular e o controle social na gestão em saúde.

II. Material E Métodos

Foi realizada uma pesquisa do tipo bibliográfica na modalidade revisão integrativa da literatura.

Este tipo de estudo corresponde a um método que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido. A pesquisa teve como propósito sumarizar os estudos publicados neste campo de interesse, de modo a identificar, inicialmente, as temáticas abordadas nas publicações no campo da gestão em saúde (SOUZA et al, 2013).

A revisão integrativa propicia subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas na participação popular na gestão em saúde por meio de modelos de pesquisa, além de construir a análise ampla da literatura, abordando, inclusive, discussões sobre os métodos e resultados das publicações (BARBOSA & MELO, 2008).

Para o desenvolvimento de um estudo na modalidade de revisão integrativa da literatura se faz necessário um rigor no estabelecimento das etapas a serem seguidas, portanto foram estas as seguintes fases: construção da pergunta norteadora; busca ou amostragem da literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA & CARVALHO, 2010).

A construção da questão de pesquisa foi relacionada a um raciocínio teórico e deve basear-se em definições já apreendidas pelo pesquisador. Levando em consideração as dificuldades de participação da comunidade nos espaços institucionalizados e os não institucionalizados na gestão em saúde e no controle social, entre outros se elegeu a seguinte questão norteadora para guiar este estudo: De que modo ocorre à apropriação da população nos espaços institucionalizados e nos não institucionalizados, e se ocorre, está sendo efetiva essa participação?

Esta pesquisa foi de natureza bibliográfica, portanto a pesquisa ocorreu nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Biblioteca Cochrane, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos disponíveis na íntegra e de livre acesso, publicações compreendidas entre os anos de 2009 a 2018. Como critérios de exclusão: artigos sem acesso gratuito, artigos que não tenham sido publicados em português, inglês ou espanhol; artigos que não contemplem o tema do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho de 2018 a setembro de 2018, com os seguintes descritores: participação da comunidade, gestão na saúde e controle social. Utilizaram-se os descritores tanto isolados quanto combinados com as duas palavras-chave: participação popular e o controle social na gestão em saúde.

A localização dos artigos foi realizada pela autora, de forma independente, como estratégia de garantir a legitimidade do conteúdo de análise. Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A), contemplando os seguintes itens: título da publicação, referência, ano de publicação, tipo de estudo, autor(es), cidade onde foi realizada a pesquisa e a problemática da pesquisa.

A organização e análise dos dados, etapa onde são representadas as características dos estudos e seus achados, a partir da definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados. A essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos (BARBOSA & MELO, 2008). A coleta de dados do presente estudo foi feita através de leitura criteriosa dos artigos pelo processo de revisão por pares, os quais foram selecionados nas bases de dados acima citados.

A revisão por pares, também conhecida como sistema de arbitragem, sistema de avaliação de originais, “referee system” e “peer review”, refere-se a uma avaliação crítica de manuscritos do estudo. Quanto ao tipo, existem basicamente dois sistemas de revisão por pares: o sistema aberto - open review, em que a identidade dos autores e revisores é conhecida por ambas as partes, e o sistema duplo cego - double blind review, em que autores e revisores desconhecem a identidade uns dos outros (JENAL et al., 2012).

Os resultados foram interpretados e discutidos a partir de relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas. O presente trabalho teve como síntese os dados extraídos dos artigos que serão apresentados de forma descritiva, reunindo-a ao conhecimento produzido sobre o tema investigado nesta revisão integrativa.

Os dados foram avaliados com o objetivo de constatar sua adequação ao tema da pesquisa (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998). Foi realizada uma triagem por meio da leitura crítica dos estudos selecionados, os quais responderam a questão norteadora deste estudo.

As informações acerca dos artigos selecionados foram organizadas em ilustrações (quadro e fluxograma), para facilitar a visualização do conteúdo e tornar mais compreensível as particularidades de cada estudo selecionado.

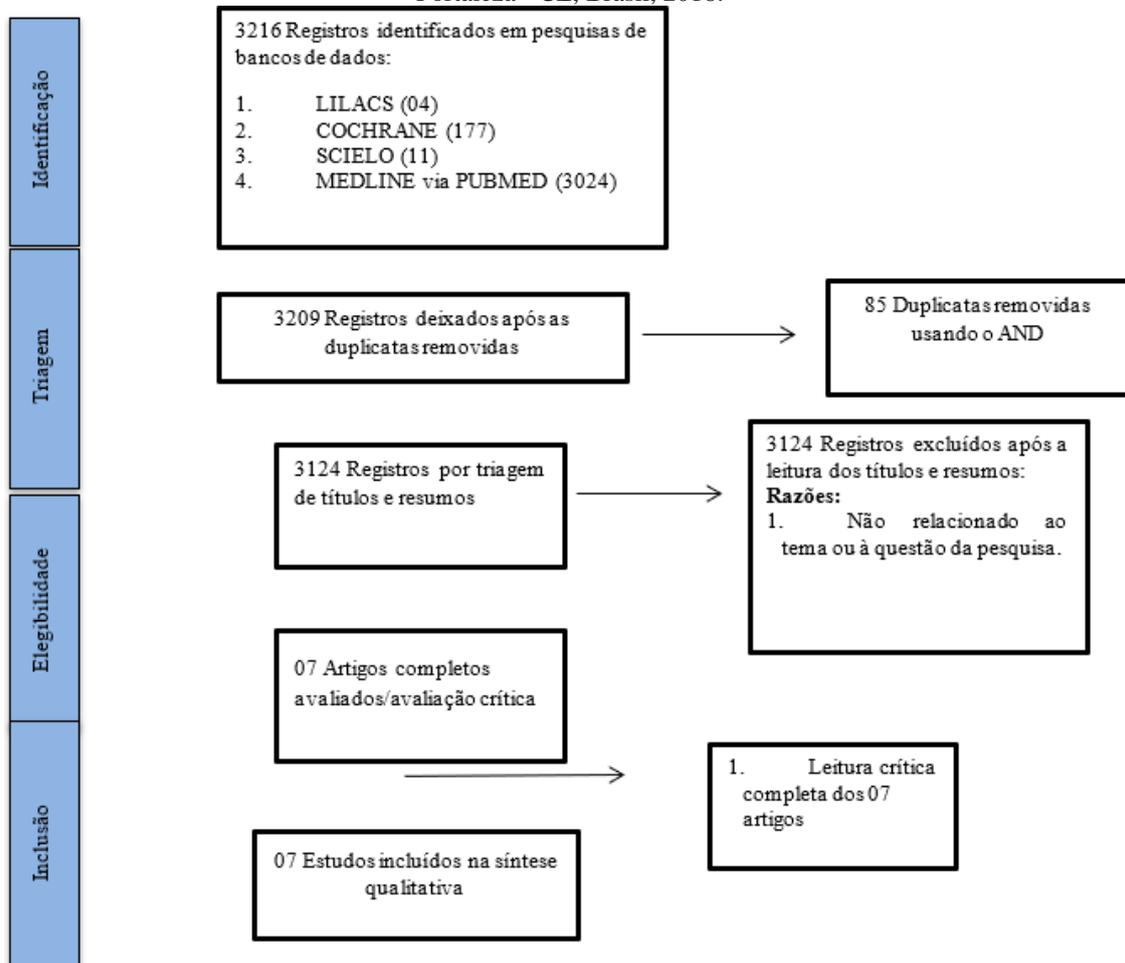
Assim, os estudos que não atenderam a estes quesitos foram eliminados da pesquisa, sendo, portanto, selecionados, no total, sete artigos, como demonstrado no Quadro 1, a ordem numérica dos artigos selecionados conforme seus respectivos títulos.

Na fase de apresentação deverá comunicar e publicar a revisão, tornando acessíveis os procedimentos adotados, possibilitando, a indicação de ameaças que comprometam a validade dos achados.

III. Resultados

A Figura 1, a seguir, apresenta o fluxo das etapas da coleta de dados desde a busca nas bases de dados até a seleção dos artigos que compuseram a amostra final dos estudos analisados nesta Revisão Integrativa.

Figura 1 – Fluxograma, segundo PRISMA, para seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa, Fortaleza - CE, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O documento Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) foi desenvolvido para aumentar a qualidade das revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos randomizados e também dos estudos não randomizados. O PRISMA consta de 27 tópicos essenciais para a descrição clara, detalhada, visualizada em fluxograma com quatro etapas do estudo, acompanhada de um documento explicativo, detalhado e com exemplos (MOHER et al, 2009).

Após leitura exaustiva de cada um dos artigos selecionados, foram sintetizados através da apresentação do fluxograma acima, como recomendado pelo grupo PRISMA, para seleção dos trabalhos que compuseram esta revisão, percebe-se que o estudo iniciou-se a partir da escolha das bases de dados e da execução do rastreamento de artigos utilizando os descritores selecionados anteriormente, de forma combinada: participação da comunidade (community participation) AND gestão na saúde (health management) AND controle social (social control), como também foi utilizada a combinação de dois descritores: participação popular (popular participation) AND gestão na saúde (health management) e controle social (social control) AND participação da comunidade (community participation).

Tais descritores foram combinados utilizando o Operador Booleano AND, conforme acima citado na combinação dos descritores, para uma melhor acurácia dos resultados. Esta palavra tem como objetivo definir para o sistema de busca como deve ser feita a combinação entre os termos ou expressões da pesquisa. O AND restringe a pesquisa, equivalendo à expressão: “com todas as palavras”. Os resultados recuperados devem conter um termo e/ou outro (BRASIL, 2014).

A amostra final desta revisão foi constituída por 3216 artigos, sendo 3024 na MEDLINE via PUBmed, 177 na COCHRANE, 11 na SciELO e 04 indexados na LILACS. Na sequência da análise efetuada aos artigos encontrados, o maior volume foi na base de dados MEDLINE via PUBmed, através dos três descritores utilizados para pesquisa: participação da comunidade (community participation) AND gestão na saúde (health management) AND controle social (social control) com 94,02% no total. No entanto, após o registro por triagem dos títulos, 3206 artigos foram excluídos por não encontrar-se relacionados com o tema da pesquisa, sendo 10 selecionados. Após leitura dos resumos, foram excluídos 09 artigos por não encontrar-se relacionados ao tema ou a questão da pesquisa. Apenas um artigo foi eleito para uma leitura crítica.

Dando continuidade a análise, na base de dados COCHRANE foram registrados 177 artigos, sendo o segundo maior volume de artigos achados para pesquisa com 5,50% do total da amostra. Para efetivar a busca nesta base os descritores foram utilizados da seguinte forma: com os três descritores, participação da comunidade (community participation) AND gestão na saúde (health management) AND controle social (social control), foi encontrado 21 artigos, sendo todos excluídos por não se encontrarem relacionados ao tema da pesquisa; através do uso da combinação de dois dos descritores, (community participation) AND gestão na saúde (health management), foram obtidos 64 artigos, onde todos foram excluídos após a análise pelo título e com a associação dos descritores, controle social (social control) AND participação da comunidade (community participation), foram achados 92 artigos, destes 91 foram excluídos pelo título e um foi eleito para compor o estudo.

Na sequência a base de dados SciELO forneceu 11 resultados na busca com os três descritores combinados, sendo 2,92% da amostra. Destes, um artigo foi selecionado após aplicação dos critérios de inclusão e, posteriormente, destes 10 artigos foram excluídos após a leitura dos títulos, por não abordarem o tema desta Revisão Integrativa.

Na base de dados LILACS, foram encontrados quatro resultados. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos quatro artigos, os quais tiveram seus títulos e resumos analisados, finalizando com os quatro artigos para serem lidos na íntegra, sendo todos incluídos na amostra por abordarem o tema proposto.

Para a leitura completa, foi selecionado um total de sete artigos, que estavam disponíveis com texto completo e gratuito. Após a leitura e análise dos mesmos, foram incluídos por responderem à questão norteadora da pesquisa compreendendo a amostra final a ser analisada.

Nesta composição, o maior volume de artigos foi publicado nos anos de 2012, com 57,14% (n = 4); seguida dos anos 2013, com 28,57% (n = 2) e 2011, com 14,28% (n = 1), a região das publicações mais representada foi a Sudeste no Brasil 57,14% (n = 4), acompanhada de 28,57% (n = 2) no exterior e 14,28% (n = 1) na região nordeste do Brasil.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos, assim especificados: 42,85% (n = 3) pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, 14,28% (n = 1) estudo de revisão de literatura, 14,28% (n = 1) artigo de pesquisa exploratório-descritiva, 14,28% (n = 1) relato de experiência e 14,28% (n = 1) ensaio clínico randomizado.

Os artigos encontrados foram publicados na língua portuguesa e inglesa, em 04 periódicos estrangeiros, MEDLINE via PubMed, Biblioteca Cochrane, LILACS e SCIELO, pesquisados através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação do Ministério da Educação (MEC) – CAPES/MEC de acesso gratuito.

O Quadro 1 apresenta a essência do conteúdo dos estudos quanto às estratégias utilizadas para participação popular na gestão em saúde. Analisando o conteúdo dos estudos, constatou-se que três (42,85%)

referências abordam a participação da comunidade através dos espaços institucionalizados (Conferências e Conselhos de Saúde) na construção de ambientes que possam envolver no sentido de garantir a efetividade deste princípio constitucional da participação comunitária (COTTA et al, 2011). No entanto, destes dois (28,57%) garantem a participação jurídica da comunidade, mas sem participação efetiva, constituindo mais presença e menos atuação.

Através do estudo pode-se verificar que quatro (57,14%) enfatizaram os espaços não institucionalizados como órgãos de estratégias de participação popular na gestão em saúde, dentre estes uma (14,28%) descredita-se na participação formal, dando destaque as ocupações, mobilizações e marchas como estratégias de lutas que caracterizam o controle social.

Outra forma evidenciada foi a criação de Conselhos Locais de Saúde e Consultivos Comunitários, sendo dois (28,57%) estudos com foco nesses espaços de participação efetiva da comunidade e profissionais de saúde com destaque para o profissional Enfermeiro para abordar questões de saúde dentro da comunidade.

Foi possível, verificar também outro tipo de participação em um estudo (14,28%) que busca o envolvimento do consumidor nas decisões de cuidados de saúde ao nível da população. No entanto, nas evidências há uma enorme lacuna sobre a concretização dessa participação, não havendo possibilidade de um estudo consolidado sobre o assunto em pesquisa.

No que se refere às recomendações dos estudos, verificou-se que quatro (57,14%) apontaram a necessidade de participação consistente para aperfeiçoar os processos de formação dos conselhos de saúde, locais e comunitários, garantindo a legitimidade e representatividade nesses espaços, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, propiciando o aprimoramento do exercício de controle social; dois (28,57%) enfatizaram a necessidade de pesquisas futuras acerca da participação do consumidor nas decisões em saúde e criação ou expansão de novas parcerias através dos conselhos consultivos de saúde existentes para melhorar a saúde da comunidade e um (14,28%) destacou a importância do acompanhamento, avaliação e ampliação das discussões sobre práticas de participação popular que terá capacidade de influenciar o cotidiano da gestão, da educação e da atenção na saúde.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados descritos por título do artigo, referência do artigo, ano de publicação, tipo de estudo, cidade onde foi publicada a pesquisa e questão norteadora.

Nº	Título do Artigo	Referência	Ano	Tipo de Estudo	Local da Pesquisa	Apropriação da População e Efetividade da Participação
I	3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista	TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. do C. C. <i>Saúde Soc.</i> , v. 21, supl.1, p. 244-252, 2012.	2012	Relato de Experiência	Várzea Paulista/SP	Participação por meio de conferências e conselhos, com ampla adesão social e processo ascendente de priorização.
II	A Participação no Controle Social do SUS: concepção do MST	DEVERO, D. O.; ROS, M. A. Da. <i>Saúde Soc.</i> , v. 21, supl.1, p. 177-184, 2012.	2012	Estudo exploratório-descriptivo (qualitativo)	São Paulo/SP	Rejeição à participação institucional formal. O MST adota mobilizações externas como estratégia de controle social.
III	Controle Social no Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE	DUARTE, E. B.; MACHADO, M. de F. A. S. <i>Saúde Soc.</i> , v. 21, supl. 1, p. 126-137, 2012.	2012	Estudo qualitativo descritivo	Canindé/CE	Participação desigual: trabalhadores são mais ativos, usuários menos participativos, apesar da previsão legal de representação majoritária.
IV	Controle Social no SUS: ótica do enfermeiro no Conselho Local	MARTINS, A. de L. X.; SANTOS, S. M. dos R. <i>Saúde Soc.</i> , v. 21, supl. 1, p. 199-209, 2012.	2012	Estudo exploratório descritivo	Juiz de Fora/MG	Participação do enfermeiro nos Conselhos Locais; estrutura prevê maioria de usuários, mas efetividade depende da atuação concreta dos membros.
V	Controle Social no SUS: percepção dos conselheiros	ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. <i>Rev. Bras. Enferm.</i> , v. 66, n. 6, p. 921-927, 2013.	2013	Estudo descritivo qualitativo	Araraquara/SP	Espaços institucionais são reconhecidos como importantes, mas há baixa atuação efetiva. Algumas conferências sequer foram realizadas.

VI	Conselhos Consultivos em Pesquisa Participativa	NEWMAN, S. D. et al. <i>Dis crônico</i> , v. 8, n. 3, 2011. Disponível em: CDC.gov.	2011	Revisão de Literatura	Universidade da Carolina do Sul	CCCs fortalecem vínculos entre comunidade e academia, focando em questões locais de saúde e empoderamento comunitário.
VII	Envolvimento do consumidor em políticas e cuidados	NILSEN, E. S. et al. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> , n. 3, 2006. DOI:10.1002/14651858.CD004563.pub2	2013	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados	Canadá e EUA	Há escassez de evidências robustas sobre os efeitos e estratégias eficazes de envolvimento do consumidor nas decisões de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Os artigos foram analisados com base em informações relativas à participação popular na gestão em saúde. A análise partiu de uma leitura crítica dos textos selecionados. Cabe observar que, em função da metodologia e dos objetivos de alguns estudos, não foi possível identificar de forma clara a efetivação da participação popular, devido à ausência de dados específicos.

A análise de conteúdo, em sua vertente temática, revelou duas categorias: “As formas de exercer a participação popular” e “Os impedimentos da participação popular na gestão em saúde”.

As formas de exercer a participação popular

A participação popular em espaços institucionalizados, como Conferências e Conselhos de Saúde, tem fortalecido a relação entre democracia representativa e direta, colaborando para um sistema de saúde público e universal, que promova qualidade de vida e atenção integral de forma equitativa. Em 42,85% (n = 3) dos estudos analisados, foi evidenciada a ampla participação social nesses espaços.

Tofani e Carpintero (2012) relatam a experiência do município de Várzea Paulista (2005–2008), em que a gestão municipal adotou a participação popular como diretriz de governo. Durante esse período, foram realizadas 13 conferências, implantados 11 conselhos e instituído o Orçamento Participativo. Na área da saúde, destacam-se a implantação de 16 Conselhos Locais, reorganização do Conselho Municipal, duas conferências municipais, cursos para conselheiros, criação da Ouvidoria do SUS e do Programa de Voluntariado.

A consolidação dos Conselhos de Saúde é considerada por Duarte e Machado (2012) como “uma das mais interessantes e apaixonantes formas do exercício da participação da comunidade no campo da gestão pública”.

Percebe-se que as formas institucionalizadas ampliam a consciência política e se configuram como mecanismos fundamentais na construção do direito à cidadania e à saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece a participação comunitária como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2004).

Adicionalmente, 57,14% (n = 4) dos estudos analisados mencionam a participação popular em espaços não institucionalizados. Ações como ocupações, marchas e mobilizações são estratégias utilizadas, por exemplo, pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que, segundo Devero e Ros (2012), diferenciam-se de “invasões” por seu caráter político e ideológico.

Martins e Santos (2012) destacam que a atuação nos Conselhos Locais de Saúde possibilita a identificação das reais necessidades da população, promovendo melhoria da qualidade dos serviços. Já Newman et al. (2011) apontam os Conselhos Consultivos Comunitários como ferramentas para articulação entre comunidade e instituições de pesquisa.

Nilsen et al. (2013) reforçam que o envolvimento do consumidor nas decisões sobre os serviços de saúde é amplamente reconhecido como fundamental para a elaboração de políticas públicas eficazes.

Os Conselhos Locais, Consultivos e Comunitários são espaços de diálogo entre profissionais e usuários, permitindo a formulação de propostas que refletem o cotidiano das unidades de saúde (LACERDA, SANTIAGO, 2007). Nessa perspectiva, a participação popular influencia positivamente a gestão pública e contribui para o fortalecimento da equidade, do acesso e da universalidade no SUS (TEIXEIRA, VIANA, 2009).

Dessa forma, a consolidação de espaços institucionais e não institucionais representa um dos principais meios de exercício da cidadania na gestão da saúde pública no Brasil.

Os impedimentos da participação popular na gestão em saúde

Apesar dos avanços, 28,57% (n = 2) dos estudos apontam que a presença formal de usuários nos espaços de gestão não garante a efetividade da participação.

Segundo Duarte e Machado (2012):

“[A] garantia jurídica da presença de usuários na metade dos assentos do colegiado não garante a sua participação efetiva. Ou seja, o segmento mais numeroso aparece, pelas respostas dadas, como o menos atuante”.

Zambon e Ogata (2013) observam que conselheiros são, por vezes, indicados por figuras políticas, o que fere os princípios de autonomia e gera conflitos de interesse. A participação popular ainda se encontra em processo de consolidação, com desafios semelhantes aos enfrentados pelo próprio SUS.

Além disso, 57,14% (n = 4) dos estudos revelam dificuldades nos espaços não institucionalizados. Devero e Ros (2012) destacam a fragilidade das ações reivindicatórias isoladas, que tendem a se esvaziar sem o devido acompanhamento na gestão das propostas.

Zambon e Ogata (2013) defendem que a qualificação dos conselheiros, por meio de capacitações permanentes, pode aprimorar o controle social, garantindo representatividade e legitimidade nas decisões.

Ainda que haja esforços, a participação dos usuários é, frequentemente, passiva, limitada a presença física nas reuniões. Como destaca Duarte e Machado (2012):

“Com relação ao segmento menos ativo, os entrevistados avaliam que os usuários são o segmento que menos participa nas reuniões do Conselho, ficando o segmento governo como o segundo menos participativo”.

A atuação dos conselhos de saúde, portanto, ainda requer avanços para garantir a efetiva participação popular, superando lacunas de formação, representação e autonomia.

IV. Conclusão

Com base nos estudos, foi possível entender que a participação comunitária nos espaços formais e informais de controle social do SUS acontece ainda de forma silenciosa. As categorias que emergiram do estudo descortinam distintas visões acerca desse assunto e traduzem o terreno conceitual sobre o qual transitam: as formas de exercer a participação popular e os impedimentos dessa participação na gestão em saúde.

Cabe ressaltar que, devido à metodologia e objetivos de alguns estudos, não foi possível constatar, de forma evidente, a efetivação da participação popular na gestão em saúde, por falta de informações específicas.

Na perspectiva pode-se inferir que a participação comunitária revelou diferentes olhares sobre essa prática no que se refere aos conselhos de saúde e aos diferentes modos de participação, tanto na saúde local como em outras instâncias, como a concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST, sobre a participação no controle social do SUS, revelando outra forma de controle social: a luta política através de estratégias de ocupação, de mobilizações e de marchas, e não necessariamente por meio da presença em conselhos e conferências de saúde.

No entanto, o estudo trouxe também reflexões acerca da atuação de parte dos conselheiros, como também da comunidade, que tem se mostrado congruente com uma sociedade com baixa capacidade participativa e necessita de movimentos consistentes para aperfeiçoar os processos de formação dos conselhos de saúde, garantindo a legitimidade e representatividade nesses espaços.

A participação da comunidade é um instrumento de controle social, pois a população pode intervir na construção do SUS, formulando, executando e avaliando as políticas públicas de saúde. Logo, o controle da população em relação ao Estado é uma estratégia para garantir o direito à saúde e construir uma sociedade democrática.

Diante da realidade expressa no cotidiano dos espaços de participação comunitária, sugere-se o desenvolvimento de processos de qualificação dos conselheiros e comunidade, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, que propicie o aprimoramento do exercício de controle social, inclusive na qualificação de demandas e adoção de prioridades que resultem na melhoria das condições de vida da população.

Os espaços de controle social, estruturados e qualificados com o adequado reconhecimento da gestão em saúde, certamente serão mais permeáveis às necessidades locais e com maiores possibilidades de trazer impactos positivos na saúde da população na região de saúde.

O adequado reconhecimento da gestão em saúde dos espaços de participação comunitária e de controle social, estruturados e qualificados, obviamente terá mais condições de compreender as necessidades locais e com maiores probabilidades de trazer impactos positivos na saúde da população na região de saúde.

Referências

- [1] Acioli, S. Participação Social Na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). *Construção Social Da Demanda: Direito À Saúde, Trabalho Em Equipe, Participação E Espaços Públicos*. Rio De Janeiro: Ims/ Uerj, Abrasco, 2005.
- [2] Arantes, C. I. S Et Al. O Controle Social No Sistema Único De Saúde: Concepções E Ações De Enfermeiras Da Atenção Básica. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, V. 16, N. 3, P. 470-78, Jul./Set. 2007.
- [3] Barbosa, L. R. Melo, M. R. A. Da C. Relações Entre Qualidade Da Assistência De Enfermagem: Revisão Integrativa Da Literatura. *Rev Bras Enferm. Brasília*; V. 61, N. 2, P. 366-70, Maio-Jun. 2008.
- [4] Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Departamento De Ciência E Tecnologia. *Diretrizes Metodológicas: Elaboração De Revisão Sistemática E Metanálise De Estudos De Acurácia Diagnóstica*. Editora Do Ministério Da Saúde, 116 P.: Il. Brasília, 2014.

- [5] _____. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988, Com As Alterações Adotadas Pelas Emendas Constitucionais 1/92 A 44/2004 E Pelas Emendas Constitucionais De Revisão N. 1 A 6/94. Senado Federal Subsecretaria De Edições Técnicas, Brasília, 2004.
- [6] _____. Ministério Da Saúde. Para Entender A Gestão Do Sus. Brasília: Ministério Da Saúde, 2003.
- [7] _____. Lei N.º 8.142 De 28 De Dezembro De 1990. Dispõe Sobre A Participação Da Comunidade Na Gestão Do Sistema Único De Saúde – Sus E Sobre As Transferências Intergovernamentais De Recursos Financeiros Na Área Da Saúde E Dá Outras Providências. Brasília: Ministério Da Saúde, 1990.
- [8] _____. Lei Orgânica Da Saúde, N. 8.080 E N. 8.142/90. Sistema Único De Saúde. Brasília: Ministério Da Saúde, 1990.
- [9] Campos, L.; Wendhausen, A. Participação Em Saúde: Concepções E Práticas De Trabalhadores De Uma Equipe Da Estratégia De Saúde Da Família. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, V.16, N. 2, P. 271- 279. Abr-Jun. 2007.
- [10] Correia, M. V. C. Desafios Para O Controle Social: Subsídios Para A Capacitação De Conselheiros De Saúde. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2005.
- [11] Cotta, R. M. M.; Cazal, M. De M.; Rodrigues, J. F. De C. Participação, Controle Social E Exercício Da Cidadania: A (Des)Informação Como Obstáculo À Atuação Dos Conselheiros De Saúde. *Physis Revista De Saúde Coletiva, Rio De Janeiro*, V.19, N. 2, P. 419 – 38. 2009.
- [12] Devero, D. O.; Ros, M. A. Da. A Participação No Controle Social Do Sus: Concepção Do Movimento Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc.*, V. 21, Supl.1, P. 177-184, São Paulo, 2012
- [13] Duarte, E. B.; Machado, M. De F. A. S.. O Exercício Do Controle Social No Âmbito Do Conselho Municipal De Saúde De Canindé, Ce. *Saúde Soc.*, V. 21, Supl. 1, P. 126-137, São Paulo, 2012.
- [14] Jenal, S. Et Al. O Processo De Revisão Por Pares: Uma Revisão Integrativa De Literatura. *Acta Paulista, São Paulo*, V. 25, N. 5, P.802-808, Mar. 2012.
- [15] Lacerda, W. A. De; Santiago, I. M. F. L. A Participação Popular Na Gestão Local Do Programa Saúde Da Família Em Campina Grande, Paraíba. *Rev. Katál. V. 10, N. 2, P. 197-205 Jul./Dez. Florianópolis*, 2007.
- [16] Lorenzetti, J. Et Al. Gestão Em Saúde No Brasil: Diálogo Com Gestores Públicos E Privados. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, V. 23, N. 2, P. 417-25 Abr – Jun. 2014.
- [17] 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 Soc.*, V. 21, Supl. 1, P. 199-209, São Paulo, 2012.
- [18] Newman, S. D. Et Al. Conselhos Consultivos Da Comunidade Em Pesquisa Participativa: Uma Síntese Dos Melhores Processos. *Dis Crônico*; V. 8 N. 3. 2011. <[Http://Www.Cdc.Gov/Pcd/Issues/2011/May/10_0045.Htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/may/10_0045.htm)>. Acesso Em: 17/09/2018.
- [19] Moher, D. Et Al. Grupo Prisma 2009. Itens De Relatórios Preferenciais Para Revisões Sistemáticas E Meta-Análises: A Declaração Prisma. *Plos Med.* V. 6, N. 6: E1000097, 2009.
- [20] Nilsen, E. S. Et Al. Métodos De Envolvimento Do Consumidor No Desenvolvimento De Cuidados De Saúde Política E Pesquisa, Diretrizes De Prática Clínica E Paciente Material De Informação (Revisão). Copyright © 2013. A Colaboração Cochrane. Publicado Por John Wiley & Sons, Ltd. Base De Dados Cochrane De Revisões Sistemáticas. N. 3. 2006. Art. Não: Cd004563. Doi: 10.1002/14651858.Cd004563.Pub2. Disponível: <[Www.Cochranelibrary.Com](http://www.cochranelibrary.com)> Acesso Em: 15/09/2018.
- [21] Nunes, G. M. Et Al. Os Desafios Da Participação Popular No Sistema Único De Saúde. Iii Encontro Nacional De Pesquisadores Em Gestão Social – Enapegs. *Gestão Social E Políticas Públicas De Desenvolvimento: Ações, Articulações E Agenda. Juazeiro/Ba – Petrolina/Pe - 28, 29 E 30 De Maio De 2009.*
- [22] Pereira, A. L. Et Al. O Sus No Seu Município: Garantindo Saúde Para Todos. 2. Ed. Brasília: Ministério Da Saúde, 2004. 50p.
- [23] Rolim, L. B.; Cruz, R. S. B. L. C.; Sampaio, K. J. A. J. Participação Popular E O Controle Social Como Diretriz Do Sus: Uma Revisão Narrativa. *Saúde Em Debate. Rio De Janeiro*, V. 37, N. 96, P. 139-47, Jan./Mar. 2013.
- [24] Roman, A. R.; Friedlander, M. R. Revisão Integrativa De Pesquisa Aplicada Á Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, V.3, N.2, P.109-112, Jul – Dez, Curitiba, 1998
- [25] Souza, I. V. B. De. Et Al. Educação Em Saúde E Enfermagem: Revisão Integrativa Da Literatura. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança - V. 11, N. 1, P. 112-121; Jun. 2013.*
- [26] Souza, M. T. De. Silva, M. D. Da. Carvalho, R. De. Revisão Integrativa: O Que É E Como Fazer. *Einstein - V. 8, N. 1, Pt 1:102-6, 2010.*
- [27] Zambon, V. D.; Ogata, M. N.. Controle Social Do Sistema Único De Saúde: O Que Pensam Os Conselheiros Municipais De Saúde. *Rev Bras Enferm.*; V; 66, N. 6, P. 921-7, Nov-Dez, 2013.