



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANANDA CRISTINE AMADOR DE MOURA

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL COMO FORMA DE GARANTIR DIREITOS E PROMOVER QUALIDADE
DE VIDA**

BRASÍLIA – DF

2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANANDA CRISTINE AMADOR DE MOURA

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL COMO FORMA DE GARANTIR DIREITOS E PROMOVER QUALIDADE
DE VIDA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

BRASÍLIA – DF

2024

ANANDA CRISTINE AMADOR DE MOURA

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
BRASIL COMO FORMA DE GARANTIR DIREITOS E PROMOVER QUALIDADE DE
VIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 04/09/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha (presidente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (membro efetivo)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet (membro efetivo)
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
Escola Superior de Ciências da Saúde

Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia Diaz Bermudez (membro suplente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

*Dedico aos meus familiares e antepassados, pois muitos estiveram aqui antes para
que hoje aqui eu pudesse estar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Divindade que transcende nosso entendimento por me guiar nesta caminhada por este mundo. A minha conexão com um Ser Superior me ajuda a enfrentar as angústias da existência e ver sentido na vida.

Agradeço também àqueles que mais amo, minha família. Esta dissertação e o mestrado só foram possíveis por todo apoio que recebi do meu seio familiar, pelo qual sou extremamente grata sempre, são meu suporte, minha fortaleza. Agradecimento especial à minha mãe, Cristina, à minha mãe-avó, Dona Dé, que mesmo após partir desta vida permanece em mim, à minha sogra, dona Sandra e a todas as mulheres da minha família um agradecimento especial, por me ensinarem a força que temos dentro de nós.

Agradecimento especial ao meu companheiro de vida, meu grande amor, Lucas Medeiros, por me dar o suporte necessário no dia a dia e por acreditar que eu consigo aquilo que almejo, por me aguentar nos momentos difíceis e comemorar comigo as conquistas.

Sou muito grata também a todos os meus mestres, desde a primeira professora do primário até os docentes que tive a honra de conhecer e com eles aprender durante esse mestrado. Alguns em especial, Prof. Dra Ximena Pamela, Prof. Dr Everton Pereira, Prof. Dr Cláudio Lorenzo e em especial minha orientadora, Prof. Dra Dirce Guilhem, que mesmo em meio às dificuldades que ocorreram durante o processo desse mestrado, conseguiu me guiar da melhor maneira possível.

Agradeço também ao Prof. Dr Bruno Stelet, à Dra Erika Viana e ao Dr Ricardo que me acolheram e incentivaram durante a residência, também colaborando para que fosse possível conciliar a residência médica e o mestrado.

Também gostaria de registrar minha gratidão a todos os meus amigos. Especialmente quero agradecer às minhas amigas que me ajudaram diretamente para que o mestrado fosse possível e que compartilharam comigo as alegrias e angústias desta fase: Amanda Bordim, Maria Luiza Porto, Mariana Sampaio, Poliane Almeida e Raquel Cardoso. E por fim, gratidão aos colegas que dividiram comigo esta caminhada: Daphne, Pedro, Guioberto e toda a turma de mestrado de 2022. A caminhada foi mais leve com vocês.

“A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(Guimarães Rosa)

RESUMO

Introdução: No SUS, a participação social é um dos princípios fundamentais. Com a Lei 8142 de 1990, essa participação foi institucionalizada por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, mas estes não são os únicos meios da sociedade participar da gestão do SUS. Objetivou-se analisar como a literatura identifica que a participação social no SUS tem-se dado e quais são os desafios e potencialidades desse princípio. **Método:** revisão de escopo com a pergunta de pesquisa: quais as formas de participação dos usuários na gestão do SUS? A pesquisa foi realizada em português, inglês e espanhol, nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus, Embase e Web of Science. **Resultados:** encontrados 1046 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 46 artigos foram incluídos no estudo para a leitura na íntegra e análise. Foram identificadas 7 categorias de participação da comunidade no SUS: Conselhos de Saúde, Pesquisas de avaliação do serviço pelo usuário, Educação Popular em Saúde, Movimentos sociais ligados à saúde, Consulta Pública, Conferências de Saúde, Ouvidorias. **Conclusão:** o mapeamento identificou 7 mecanismos que colaboram para a gestão participativa, formando uma cartografia destes instrumentos. A partir desta é possível pensar formas de superar as barreiras de cada um dos mecanismos de participação e como fortalecê-los, bem como refletir sobre formas de reinvenção destes modelos de participação e, quiçá, a criação de novos, especialmente na atualidade, em que a tecnologia pode e ser deve ser aliada da gestão participativa.

Palavras-chave: participação da comunidade; gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; participação social; cidadania.

ABSTRACT

Introduction: In the Unified Health System (SUS) in Brazil, social participation was defined as a fundamental principle. With Law 8142 of 1990, this participation was legally established through the Health Councils, but these are not the only means for society to participate in the management of the SUS. The aim was to analyze how the literature identifies the social participation in the SUS has taken place and what the challenges and potential of this principle are. **Method:** scoping review with the research question: what are the forms of user participation in SUS management? The research was carried out in Portuguese, English and Spanish, in the databases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus, Embase and Web of Science. **Results:** 1046 articles found. After applying the inclusion and exclusion criteria, 46 articles were included in the study and were read in full and analyzed. Seven categories of community participation in the SUS were identified: Health Councils, Service evaluation research by users, Popular Health Education, Social movements linked to health, Public Consultation, Health Conferences, Ombudsman offices. **Conclusion:** the mapping identified 7 mechanisms that contribute to participatory management, forming a cartography of these instruments. From this it is possible to think about ways to overcome the barriers of each of the participation mechanisms and how to strengthen them, as well as reflect on ways of reinventing these participation models and perhaps the creation of new ones, especially in the present, in which technology It can and should be an ally of participatory management.

Keywords: community participation; health management; Health Unic System; social participation; citizenship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS para explicar os determinantes sociais da saúde.	35
Figura 2: Modelo de Solar e Irwin para os determinantes sociais.	36
Figura 3: Fluxograma de seleção de evidência baseada no protocolo PRISMA-ScR	45
Figura 4: Mapeamento dos mecanismos de participação social identificados na revisão de escopo	51
Figura 5: A balança em busca de equilíbrio para os Conselhos de Saúde, desafios e potencialidades	58
Figura 6: A Educação Popular em Saúde como instrumento para chegar à luta por direitos e por qualidade de vida	63
Figura 7: Forças que influenciam no processo decisório da Legislação e na formulação de políticas públicas	67
Figura 8: Tela inicial do Site Participa + Brasil, projeto do governo federal	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos analisados segundo autor e ano, tipo de documento, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito 46

Tabela 2 - Desafios e potencialidades de cada mecanismo de participação popular no SUS. 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF - Constituição Federal

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DF - Distrito Federal

EC - Emenda Constitucional

ESCS - Escola Superior de Ciências da Saúde

JBI - Instituto Joanna Briggs

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NHS - National Health Service

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCATool-Brasil - Primary Care Assessment Tool - Brasil

PCC - População, Conceito e Contexto

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNEPS-SUS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUS - Sistema Único de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

Apresentação da Dissertação	15
Introdução	17
1. Fundamentação Teórica.....	21
1.1. Democracia: a saúde é para todos?	21
1.2. Cidadania e participação social: conceitos.....	24
1.1. O SUS como conquista da participação social na luta pela saúde	29
1.4 A gestão participativa e a promoção da qualidade de vida e garantia de direitos	32
2. Justificativa.....	38
3. Objetivos	39
3.1. Objetivo geral.....	39
3.1. Objetivos específicos	39
4. Método	40
4.1. Delineamento do estudo	40
4.2. Equipe de revisão	41
4.3. Critérios de Inclusão	42
4.4. Critérios de Exclusão	42
4.5. Bases de dados e Estratégia de Busca	42
4.6. Seleção de evidência	43
4.7. Análise dos dados	43
4.8. Limitações do estudo	44
5. Resultados	45
5.1. Características dos estudos	46
5.2. Formas de participação social no SUS	47
6. Discussão.....	52

6.1. Conselhos de Saúde	54
6.2. Pesquisas de avaliação do serviço pelo usuário	59
6.3. Educação Popular em Saúde	61
6.4. Movimentos Sociais	65
6.5. Consulta Pública e Audiência Pública	65
6.6. Conferências de Saúde	71
6.7 Ouvidoria	74
Considerações Finais	76
Referências	78
Apêndice A	86
Apêndice B	88
Anexo A	89

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação é fruto de uma trajetória que me conduziu ao anseio de tentar compreender melhor sobre a influência da participação social na formulação e implementação de Políticas Públicas. Esse anseio surgiu ainda quando estava na minha graduação em Medicina, na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), no Distrito Federal (DF). Durante a graduação pude ter contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) bem como os diferentes aspectos que permeiam a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) já no início da graduação.

Um dos pilares do SUS, a participação social me intrigou, pois eu não a via na minha prática diária. Onde estava a participação social? Como ela influenciava a minha prática na ponta, nos atendimentos diários? Quem estava por trás daquilo que chamamos de controle social? Foram perguntas como estas que me motivaram a buscar respostas. Terminei a graduação, iniciei minha especialização em Medicina de Família e Comunidade, área extremamente ligada à política e ao social, bem como à política, planejamento e gestão do SUS e isso apenas aumentou minha vontade de tentar entender melhor todo o complexo processo que regia o que eu fazia no meu dia a dia.

Foi neste contexto que tive a oportunidade de iniciar o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), na linha de pesquisa Saúde, Cultura e Cidadania dentro de um projeto em Bioética e Políticas Públicas no tema Bioética, Direitos Humanos e Qualidade de Vida, sob orientação da Prof Dra Dirce Guilhem. O projeto desenvolvido visou analisar como se dão às diversas formas de participação social na gestão do SUS e qual o papel desempenhado por essa forma de gestão na promoção de qualidade de vida e garantia de direitos à população. Nesse sentido, dentro do campo da Saúde Coletiva, este projeto vai ao encontro da subárea das Ciências Humanas pois visou entender como os indivíduos, desde o sujeito até a ação coletiva, se relacionam com o SUS e mais especificamente com um ponto-chave deste sistema que é a gestão participativa em suas diversas maneiras.

Neste programa pude entrar em contato com conceitos, teorias e começar a pesquisar, de fato, o que era a participação social no SUS. A pesquisa desenvolvida

para esta dissertação foi uma pequena parte de tudo que pude alcançar ao longo do Mestrado, visto que para além de respostas encontradas, muitas outras dúvidas surgiram pelo caminho. No entanto, a despeito de tantas outras questões e possibilidades que se abriram, com esta pesquisa pude entender melhor sobre a engrenagem social que faz parte do complexo processo que é gerir um sistema de saúde tão abrangente como o SUS. Esta pesquisa também possibilitou perceber outros caminhos pelos quais a participação social acontecia e fomentou a vontade de procurar perspectivas de como aprimorar tais caminhos.

Tendo, portanto, refletido sobre o percurso que me trouxe ao encontro da diversidade representada pela intersecção entre teoria, prática, políticas, sistemas e distintos fatores subjacentes ao processo de fazer e ofertar saúde, desejo boa leitura e que mais dúvidas e desejo de mudanças surjam em nossos caminhos.

INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), iniciado na década de 1970, foi essencial para a construção do modelo de saúde em vigência no Brasil. Este movimento surgiu no momento político de redemocratização no Brasil, após anos de ditadura militar e foi embalado por mudanças que outros países já vinham realizando em seus sistemas de saúde desde os anos pós segunda guerra mundial. Como exemplo destes sistemas de saúde que surgiram no pós-guerra temos o caso do Reino Unido com o *National Health Service* (NHS), este o mais conhecido, mas também ocorriam a criação de sistemas de saúde amplos em Cuba, China, Canadá, entre outros países (PAIM, 2020).

Foi a partir do MRSB, com sua grande participação popular, representada principalmente por movimentos estudantis e sindicais, que surgiram propostas que visavam universalizar o direito à saúde no Brasil, integrar ações curativas e preventivas, descentralizar a gestão da saúde e promover a participação da comunidade nas formulações e decisões acerca de políticas públicas (PAIM, 2008). Estas propostas foram reafirmadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, tida como uma das mais importantes, visto que aqueles ideais que surgiram a partir dela serviram de base para a formulação do sistema de saúde que hoje existe no Brasil (SOUZA *et al*, 2019).

Portanto, neste contexto, a Constituição Federal (CF) de 1988, com o Artigo 196, estabeleceu uma nova política de saúde, trazendo em seu texto a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, texto muito semelhante ao lema da 8ª CNS (SOUZA *et al*, 2019). Após a promulgação da CF, duas Leis Orgânicas instituíram, de fato, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo seus princípios fundamentais, a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990. Nesta última foi instituída a participação social na gestão do SUS como um dos seus pilares administrativos, indicando a população como corresponsável pela gestão de sua própria saúde a partir de suas necessidades para que houvesse maior influência da comunidade sobre a elaboração de políticas de saúde e a forma de aplicação destas (BUSANA, 2015; BRASIL, 1990).

A introdução da participação social como pilar do SUS ocorreu em um contexto em que outros sistemas de saúde, como o já citado NHS, sistema de saúde britânico, entre outros, estavam usando o modelo de gestão conhecido como *Clinical Governance*. Esse modelo de gestão se propunha a oferecer serviços de acordo com as necessidades da população, com qualidade e uso racional dos recursos, visando eficiência, e que também tinha como um dos seus pilares o envolvimento do usuário e do público em geral na gestão da saúde (SCALY, 1998; GOMES, 2015).

Nesse contexto, a participação social foi institucionalizada no SUS por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Segundo a Lei 8.142 de 1990, as Conferências de Saúde deveriam ocorrer a cada 4 anos, ou antes se necessário, sendo um espaço de debate para a formulação de políticas públicas de saúde. Já os Conselhos de Saúde seriam os núcleos mais próximos do cidadão, com atividade permanente e deveriam ser formados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e por usuários. Estes últimos deveriam ser 50% dos membros do Conselho, correspondendo, portanto, a uma representação paritária dos usuários com relação ao conjunto dos demais segmentos, apontando para a relevância que o cidadão comum deveria ter no gerenciamento do sistema de saúde (FERNANDES, 2021).

Os Conselhos de Saúde foram criados nas três esferas de gestão do governo. Existe, portanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima desse tipo de organização, abaixo estão os Conselhos Estaduais de Saúde e próximo ao cidadão têm-se os Conselhos Municipais de Saúde, também conhecidos como Conselhos Locais. As três instâncias deveriam atuar no controle da execução da política de saúde, do nível nacional ao nível local, inclusive nos aspectos financeiros, sendo, além de órgãos permanentes, também deliberativos e fiscalizadores do cumprimento das ações de saúde e do orçamento (BRASIL, 2006).

A criação dos Conselhos ocorreu, portanto, visando que a própria população indicasse suas necessidades de saúde, participando da luta pela garantia de seus direitos e pela busca de maior qualidade de vida para a comunidade, o que deveria ser favorecido pela proximidade do Conselho Local com os usuários, os Conselhos deveriam estar instalados próximos à comunidade (FERNANDES, 2021; BRASIL, 2006). Os Conselhos, desta forma, foram criados com o potencial de ser não apenas

órgãos administrativos, mas também um espaço de manifestação e organização da comunidade, tendo menor burocratização e menor formalidade, tornando-se um ambiente propício para estimular a participação democrática da população local (SOUZA, 2010).

No entanto, mais de 30 anos após a criação do SUS e da proposta de inserção da participação popular na sua gestão, bem como da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, essa participação social, que já está bem legitimada, ainda enfrenta vários entraves e o seu papel desempenhado atualmente nem sempre coincide com a proposta inicial prevista em sua criação (SERAPIONI, 2014). Da mesma forma, nem sempre os Conselhos têm sido o espaço democrático que fora idealizado e que permita de fato que a participação social ocorra. Estudos como o realizado por Santos (2021) mostram exemplos de barreiras que os Conselhos Locais enfrentam que impedem que estes consigam interferir nos rumos das políticas e acompanhar o desenvolvimento das ações deliberadas, inclusive com relação ao orçamento, sendo este um dos principais entraves, associado ao uso político pelo Executivo local.

Além disso, diversos autores discutem o distanciamento que ocorre entre os representantes e aqueles que deveriam ser representados nos Conselhos, o que ocorre em todos os níveis deste instrumento (SILVA, 2021; SANTOS 2020), bem como apontam o fato de que, apesar dos Conselhos Locais apresentarem grande potencial como espaços propícios para o exercício da democracia, essa relação distanciada entre usuários e conselheiros resulta na ausência de seu reconhecimento como espaços para efetiva participação, onde deveria ocorrer a apresentação de demandas da comunidade e propostas de resolubilidade destas demandas (ROCHA, 2020).

Os usuários, e até mesmo profissionais de saúde, muitas vezes desconhecem a existência do Conselho de Saúde no local onde vivem e trabalham (SHIMIZU, 2013). Nesse contexto, em que os Conselhos nem sempre são um espaço que permite a comunidade participar efetivamente e ter controle e vigilância sobre seus direitos e necessidades, surgem outros espaços e mecanismos para tentar propiciar tal participação (ROCHA, 2020). No entanto, estes espaços, assim como os Conselhos e Conferências de Saúde, possuem suas próprias limitações e potencialidades.

Desta forma, esta pesquisa pretendeu realizar um mapeamento que permita visualizar os diferentes modos de participação social que se dão no SUS, suas potencialidades, desafios e como estes diversos caminhos podem fortalecer a democracia, os direitos conquistados e a qualidade de vida das comunidades.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Democracia: a saúde é para todos?

A democracia, esta forma de governo existente desde a idade antiga, é, por vezes, questionada como sendo de fato uma forma justa de organização da sociedade. A democracia atual, também chamada de representativa, é uma forma de governo caracterizada por regras que estabelecem quem decide pela maioria e de que forma, e foi modificando-se ao longo da história, diretamente influenciada pelas disputas sociais e econômicas e drasticamente modificada a partir dos ideais capitalistas (LESSA, TONET, 2011).

Fato é que a democracia e o Estado hoje existentes são criações burguesas, portanto, muito distanciadas da democracia grega no sentido de governo do povo. Na democracia grega, era necessária uma articulação entre o político e o econômico visando a emancipação dos cidadãos, o que hoje é impossível sem a superação da sociedade burguesa e uma nova lógica em que as relações sociais sejam igualitárias, sem classes, o que leva a entender a crítica de Marx à democracia liberal (CARVALHO, 2019; SOUSA SANTOS, 1991).

Portanto, é importante frisar que a democracia representativa liberal, a qual se tornou hegemônica na atualidade, mas passa distante do que consiste na democracia grega, colabora para um Estado burguês que mantém e reproduz a desigualdade social, ao mesmo tempo que afirma a igualdade política e jurídica entre os indivíduos. Na democracia burguesa, o princípio da cidadania resume-se a basicamente a cidadania civil e política, sendo que seu exercício se restringe quase apenas ao voto, sendo isso derivado da teoria de cidadania desenvolvida por Marshall e que será descrita adiante (SOUSA SANTOS, 1991). Talvez, por essa inconsistência e por estar ao serviço da classe dominante que, na última década, no Brasil e no mundo, movimentos de polarização política e fascistoides vêm pondo à prova a democracia e seus limites. Isto traz a reflexão que, se for do interesse da classe dominante, a ordem democrática pode ser suspensa. (LESSA, TONET, 2011).

No entanto, apesar da democracia representativa atual ser um elemento de criação burguesa, sua existência ainda permite que mais vozes sejam ouvidas, se comparada a sistemas anteriores, como a aristocracia e o sistema escravocrata (LESSA, TONET, 2011). Portanto, atualmente, a democracia que se tem é o sistema que permite que diferentes posicionamentos existam e isso deve ser valorizado. Porém, essas diferentes vozes existem com muita luta, pois como é sabido, até mesmo as decisões de grupo nesse sistema são tomadas por indivíduos, visto que é impossível um grupo tão grande quanto uma população de um país decidir sobre todas as questões.

No entanto, a regra fundamental da democracia é, ou deveria ser, a regra da maioria, apesar de que esta forma de se reger pela maioria também possui suas próprias limitações, tal como a possibilidade da maioria agir de forma tirânica sobre as individualidades, o que é um entrave para o desenvolvimento e a liberdade dos seres humanos. Para evitar que a maioria “sufoque” as individualidades, é necessário que a democracia seja desenvolvida conjuntamente com mecanismos que protejam as individualidades e os direitos fundamentais dos cidadãos, permitindo também a representação de grupos minoritários (BOBBIO, 1986). Pensar a relação entre a regra da maioria e a garantia dos direitos fundamentais para todos, inclusive para minorias, respeitando os direitos individuais e coletivos, é fundamental no campo da saúde, sendo essencial para a elaboração de políticas públicas.

E se o esteio da democracia deveria ser a regra da maioria, com as ressalvas aqui já citadas, para que isso seja alcançado, deve haver grande debate em torno das decisões para que o máximo de pessoas possam ser ouvidas, ainda que o voto decisório seja tomado por poucos indivíduos, estes os quais eleitos pela maioria. Segundo Bobbio (1986), deve haver na democracia mecanismos que permitam que esta se desenvolva de forma saudável, permitindo o controle da população sobre as ações dos governantes, evitando abusos de poder, fazendo com que haja, afinal, controle do poder pela população, algo que nos remete ao controle social ou seja, pela sociedade, dos rumos da democracia, e aqui discutido, dos rumos das políticas públicas em saúde. No entanto, a democracia moderna, representativa, leva ao fato de que um grupo ou alguns grupos, em seu papel de representar uma determinada população, é quem tem não apenas o voto, mas também a voz para discutir os

diversos temas, afastando a sociedade do controle do poder e tornando a democracia mais afastada do seu ideal de poder do povo (BOBBIO, 1986).

Dessa forma, a democracia representativa liberal acaba por organizar-se em grupos autônomos os quais lutam por fazer valer seus interesses contra outros grupos. Tal organização acaba por vezes excluindo do debate indivíduos que não estejam diretamente incluídos na organização de tais grupos, apesar de serem representados por eles. Muito disso, inclusive, se deve à apatia política, em que certos indivíduos se mostram desinteressados pelas decisões políticas (BOBBIO, 1986). Desta forma, portanto, é necessário buscar um equilíbrio constante entre a participação da maioria dos indivíduos de uma sociedade e a deliberação a partir deste debate sem que esta se torne excludente das pautas discutidas amplamente. Considerando-se essas questões, é possível perceber o quão difícil é conciliar a balança da democracia, ainda mais numa sociedade capitalista, a qual é altamente excludente.

Nas tentativas de conciliação, ocorre, por vezes, a exclusão de alguns indivíduos do debate, o que gera um problema representativo, pois, ainda que não haja participação direta na decisão, o debate político acerca das decisões não apenas legitima a escolha, mas possibilita que as reais necessidades e novas possibilidades sejam discutidas. É por isso, por exemplo, que tanto se discute a democracia como saúde:

Como podem os mais pobres demandar melhores condições de vida e um bem-estar que garanta, minimamente, um ambiente propício à participação política se não têm condições de iniciarem contendas por si mesmos? (Jamil Marques, 2012)

O debate acerca de saúde, desta forma, é antes de tudo um debate social e político. Não se é possível discutir saúde sem considerar previamente estes aspectos.

A democracia, apesar de ser um sistema imperfeito e com diversas limitações como citado anteriormente, especialmente em sociedades como a brasileira, em que seu sistema democrático ainda é fragilizado e constantemente ameaçado, ainda é um sistema que permite ampla participação da sociedade e de diversos grupos. A democracia ainda é um sistema em que se é possível debater com liberdade e, portanto, em que é possível haver um espaço de discussão sobre saúde e seus impasses.

1.2. Cidadania e participação social: conceitos.

Para que democracia signifique saúde é necessário antes de tudo sujeitos que tenham plena ciência de seu papel como atores sociais na comunidade e de sua importância no movimento político e social. Para isso, se faz necessário o debate acerca dos conceitos de cidadania e de participação social. A cidadania é o conceito que nos leva a entender quem são cidadãos, ou seja, como se alcança o conceito de indivíduos plenos de sua cidadania, portanto, os que fazem parte da democracia.

Um conceito famoso e de grande influência sobre cidadania, desenvolvido no século XX, na década de 1960, foi elaborado pelo sociólogo Thomas Humphrey Marshall, em seu livro *Cidadania e Classe Social*. Neste livro, Marshall explica sua teoria da cidadania, dividindo-a em três elementos ou etapas que se seguiriam, a saber na ordem: civil, político e social. O elemento civil refere-se aos direitos que garantem a liberdade do indivíduo; o elemento político compreende o direito de participar e exercer funções na política; e o elemento social estaria relacionado as distintas possibilidades que vão ao encontro do bem-estar econômico, social, educacional e de segurança, sendo, portanto, tudo que permite ao indivíduo participar e viver em sociedade (MARSHALL, 1967).

Para Marshall, esses elementos seriam quase que evolutivos, sequenciais, e por isso foi muito criticado à época e nas décadas seguintes. Marshall desenvolveu sua teoria da cidadania baseada na sociedade britânica, porém distanciada do contexto da época, que incluía o pós-guerra, com todo o incentivo do *Welfare State* que estava em curso, e sem levar em consideração que a cidadania e os direitos adquiridos não representam um processo irreversível. Há diversas sociedades em que esses direitos nunca foram plenamente alcançados da forma como exposta em sua teoria (SERAPIONI, 2014).

A partir do conceito proposto por Marshall, foram elaboradas novas teorias e conceitos que ampliaram a ideia de cidadania. Refletindo sobre este conceito, é possível identificar que há um conjunto de direitos que deveriam ser usufruídos de forma igualitária por todos os indivíduos de uma sociedade. No entanto, com o desenrolar dos eventos ao longo do século XX, demandas da sociedade ganharam força com movimentos feministas, da população negra, movimentos por reforma

sanitária, dentre vários outros. Nesse contexto, novos teóricos surgiram apontando que além da cidadania não se dar de forma igualitária, visto que alguns indivíduos na sociedade desfrutam de seus direitos com maior facilidade enquanto a outros essa alternativa é negada, os indivíduos de fato têm necessidades distintas.

A teoria da cidadania de Marshall é importante pois além de iniciar o debate acerca do tema, permite identificar elementos relevantes neste conceito e gera a reflexão acerca destes, como a noção de direitos em diversas áreas distintas e que podem ser alcançadas simultaneamente ou não. Entretanto, reitera-se que há também críticas quanto a sua teoria ser eurocêntrica e anacrônica, mesmo à época que foi elaborada, distanciava-se do contexto da época, como citado anteriormente. Também foi considerada pouca aplicável a outras regiões do globo, tais como oriente e América Latina. Parte desta crítica deve-se ao fato de que Marshall não considerou em sua teoria as desigualdades estruturais de classe, gênero, raça, entre outros, os quais limitam ou facilitam o acesso aos direitos (CARVALHO, 2002; LAVALLE, 2003).

Além disso, há teorias que problematizam o conceito de cidadania de Marshall do ponto de vista de refletir um pensamento hegemônico daquilo que seria o ideal de cidadania. Teóricos que surgiram após criticaram este pensamento e a exclusão histórica que alguns sujeitos sofrem nestas teorias, como os povos que estão fora do contexto europeu. Há, por exemplo, teorias decoloniais da cidadania que questionam a exclusão de grupos marginalizados como povos indígenas, afrodescendentes, mulheres não brancas, população LGBTQIAPN+, dentre outros e visam dar voz a estas existências, valorando a experiência, conhecimentos e tradições destes povos do sul global, historicamente excluídos, desta forma promovendo formas de participação política que afirmem os direitos coletivos e não somente os direitos individuais, típicos da cidadania liberal, bem como contribuam para a desconstrução das hierarquias raciais e culturais, as quais historicamente definem aqueles que são tidos ou não como cidadãos (GROSFOGUEL, 2011).

Por isso é importante não pensar em uma cidadania, mas várias cidadanias para sujeitos distintos considerando-se a pluralidade e heterogeneidade das sociedades democráticas. Torna-se, portanto, necessário desenvolver mecanismos que sejam capazes de vincular os diferentes atores nas instituições da sociedade e permitir a estes ter espaço para participar do debate democrático, o que ainda hoje é

um desafio, respeitando suas diferentes características e necessidades (AVRITZER, 2000; SERAPIONI, 2014).

Ressalta-se ainda que as diversas teorias acerca da cidadania dão, em sua maioria, grande enfoque aos direitos, sem o mesmo peso para o cumprimento de deveres, muitas vezes incorrendo num primeiro momento em uma visão passiva de cidadania, em que há a espera de usufruir direitos distanciada das responsabilidades com a comunidade. A cidadania está relacionada à aquisição e à possibilidade de exercer direitos e deveres em uma sociedade e isso está diretamente relacionado à representatividade, visto que na democracia representativa, são representantes eleitos os responsáveis por legislar e executar as leis e políticas públicas no país. No entanto, a democracia representativa não significa necessariamente que o cidadão apenas delega ao representado todas as funções de decisão. Apesar de ser o representante quem delibera, o conceito de controle social, para alguns autores, significa que os cidadãos, em movimentos organizados, ainda são capazes de participar dos espaços de debate, influenciando na articulação, mobilização, planejamento, gestão e avaliação, bem como também no controle das ações do Estado. Sendo isto o exercício pleno da cidadania na democracia (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, outro conceito diretamente relacionado é o de participação social, debatido a partir das variadas teorias da representatividade e essencial na discussão aqui realizada. Na Grécia antiga localiza-se a origem da participação social dos indivíduos, os quais, considerados cidadãos, participavam direta e ativamente, tido por muitos como o ideal de participação. Nesse período, os homens adultos livres, nascidos na *pólis*¹, tinham o direito e o dever de participar diretamente nas decisões políticas, reuniam-se em assembleias onde debatiam e votavam leis e políticas da *coisa pública*. Os cargos públicos, exceto alguns específicos, eram preenchidos por sorteio, promovendo a ideia de igualdade política entre os cidadãos. No entanto, ressalta-se que esta participação era restrita àqueles considerados cidadãos, excluindo mulheres, escravos e estrangeiros (ROSSET, 2008).

Apesar dessa participação já existir na idade antiga, apenas no século XVIII, com Rousseau e outros teóricos liberais, como John Stuart Mill, G.D.H. Cole e A. de

¹ "Pólis" era o nome dado às "cidades" ou "cidades-estados", as quais eram comunidades humanas compostas por cidadãos e que incluíam um núcleo urbano e o território circundante (Morales Soares, 2010)

Tocqueville, que se inicia a formulação teórica acerca da representatividade. A estes seguiram-se e contrapuseram-se os socialistas utópicos e libertários e com Marx e Engels, no século XIX, começa a tradição analítica acerca da participação política, com uma visão bem distanciada dos teóricos liberais.

No século XX, outros autores se debruçam acerca do tema, como Rosa de Luxemburgo, Antonio Gramsci, Gorz, Mandel, Poulantzas, entre outros. Muitos destes intelectuais se interessam pelo tema a partir da reflexão sobre a atuação dos indivíduos quando em associações, sindicatos e outros grupos. Ainda no século XX, a teoria de GDH Cole parte do pressuposto de Rosseau, de que é a vontade e não a força, a base da organização política e social (GOHN, 2019).

Ao longo do século XX, o debate deste conceito foi mudando a partir de diversas teorias da representação, integrando os conceitos de cidadania e democracia, e, por volta dos anos 1980, a participação social passa também a interagir com outra categoria, que é a da exclusão social.

Algumas vezes, 'participação' é olhada como um componente da definição de integração. Se alguém é apto a participar, ele está integrado. Ao contrário, para não participantes, é sugerido o signo da exclusão. Em outros casos, 'participação' é considerada como um fator de integração." Aprendendo a participar, um indivíduo pode ser integrado (Gohn, 2019).

Portanto, a categoria de participação social está intimamente relacionada a de cidadania, pois como discorrido anteriormente, são os cidadãos quem, na democracia representativa, elegem àqueles que os representam e que, ao cabo, tomam decisões. E visto isso, está também relacionada e influenciada por outros aspectos tais como desigualdades, estrutura econômica e social, envolvimento comunitário, dentre outros (GOHN, 2019).

No âmbito da democracia representativa, esta é uma forma de participação limitada que nas últimas décadas passou por crise visto que a representação democrática, ao longo do tempo, devido a interesses liberais, foi desvincilhada da sua identidade como governo representativo, afastando o representado do representante, contribuindo para a alienação envolvida na representação. Isso, portanto, ampliou os espaços da crítica democrática, incorrendo na busca por novas formas de representação. Visto isso, mecanismos de democracia participativa foram

sendo criados e incorporados dentro da democracia representativa, tentando reduzir o problema da representatividade (LAVALLE, 2011).

Tendo este breve apanhado acerca da categoria participação social, verifica-se que o próprio conceito é espaço de disputa e reconhece-se a complexidade de variáveis e fatores que influenciam neste fenômeno político. A participação social, é, portanto, variável e fluida, e os indivíduos participam mais ou menos da vida política a depender de fatores como perfil socioeconômico, educação, renda, ocupação e disponibilidade. Isso aponta, mais uma vez, como participação social não é um conceito descolado da realidade social da população e que não é apenas um resultado de vontade, mas de possibilidades para tal, sendo, portanto, necessário criar condições para que a participação social ocorra no debate político.

A educação é apontada como o fator mais importante, na medida em que o cidadão com maior nível de escolaridade teria mais informação e maior capacidade para emitir opinião política; seria mais engajado e sentiria menos constrangimento para falar e participar de grupos e de associações; sentiria maior capacidade de influenciar o governo e mais confiança nos outros e em si próprio (Lüchmann, 2010).

Portanto, diante deste contexto e tendo inúmeros conceitos relacionados, elegemos o de Milani (2008) acerca da participação social cidadã como o conceito chave para orientar a discussão que aqui se seguirá, visto que resume o papel político do indivíduo como ator social que gera mudança e faz a conexão com a ideia de cidadania, anteriormente discutida.

[...] a participação social cidadã é aquela que configura formas de intervenção individual e coletiva, que supõem redes de interação variadas e complexas determinadas (provenientes da “qualidade” da cidadania) por relações entre pessoas, grupos e instituições como o Estado. A participação social deriva de uma concepção de cidadania ativa. A cidadania define os que pertencem (inclusão) e os que não se integram à comunidade política (exclusão); logo, a participação se desenvolve em esferas sempre marcadas, também, por relações de conflito e pode comportar manipulação (Milani, 2008).

Desta forma, se reconhece a importância da participação social na saúde, pois, visto que relaciona o indivíduo à sua realidade e necessidades, a atuação deste permite que o sujeito exerça o seu papel de cidadão no campo da saúde, visando uma

sociedade mais equânime, democrática e que permita desta forma garantir melhor qualidade de vida à população (SANTOS, 2012).

1.3. O SUS como conquista da participação social na luta pela saúde

A criação do SUS foi fruto de anos de movimentos sociais, que se articularam a partir da década de 1970 como o MRSB, assentados nos conceitos de democracia, cidadania e participação social, anteriormente discutidos. Tal movimento teve a participação ampla de vários segmentos da sociedade. A vertente responsável por difundir a teoria era encabeçada pelo movimento estudantil universitário e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Tiveram participação importante também, especialmente na questão de trazer à discussão o âmbito do trabalho, o movimento dos médicos residentes e o movimento de Renovação Médica, ambos associados a sindicatos e movimentos de trabalhadores assalariados. Foi de grande importância também a participação da academia, com a ação da docência e da pesquisa, estratégia que deu origem ao movimento sanitário em si, trazendo o caráter coletivo da produção de conhecimento (SCOREL, 1999).

Desta forma, o MRSB teve ampla participação de vários segmentos da sociedade, numa proposta de produção do saber, de organização e de práticas políticas transformadoras e inclusivas. O principal intuito era transformar a realidade e permitir que a saúde de fato se concretizasse como um direito de todos, o que passava por construir uma sociedade democrática, a qual assegurasse direitos, o que extrapola os parâmetros apenas sanitários (FLEURY, 2018). No entanto, o que se observou foi mais uma reforma parcial do que uma revolução completa, inclusive com uma redução das ações dos movimentos sociais nos primeiros anos que se seguiram à criação do SUS (PAIM, 2008).

Sérgio Arouca, na 8ª Conferência de Saúde (1986), em um debate intitulado “Democracia é Saúde” apresentou não apenas o conceito de saúde como bem-estar físico, mental, social, político, como já vinha sendo propagado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1948, mas indicou como a determinação da saúde e seus vários fatores, especialmente o social, agem influenciando na saúde dos sujeitos,

o que hoje chama-se de determinantes sociais de saúde. Naquele contexto, democracia significava um país em busca de redemocratização, libertando-se de anos de ditadura militar, caminhando na busca de garantias de direitos humanos. Naquele momento histórico o discurso forte e contundente, foi extremamente necessário e sim, precisava-se reafirmar que para ter saúde é preciso democracia.

No entanto, hoje, após mais de 30 anos da constituinte e da criação do SUS brasileiro, percebe-se que a democracia não foi garantidora da saúde e isso decorre também pelo fato, mais uma vez, da própria democracia por vezes não ser garantidora de direitos. O SUS, mesmo sendo fruto de conquistas políticas, nunca foi completamente implantado, sempre foi constantemente subfinanciado e na última década foi até mesmo desfinanciado com a lei do teto de gastos (MENDES, 2020).

O questionamento do porquê da dificuldade de se estabelecer um sistema de saúde público e universal leva à reflexão acerca do modelo de democracia que foi construído no Brasil após a redemocratização, bem como de suas limitações. É o que Dantas (2018) aponta ao mostrar as fragilidades desta forma de política, como acreditar que apenas a política institucional, por meio dos representantes eleitos já seria suficiente para garantir direitos, e aponta também como o jogo de interesses influencia diretamente as decisões, especialmente nas últimas décadas em que se vive uma pesada ofensiva burguesa global sobre o Fundo Público, o qual fica, portanto, constantemente ameaçado pelos interesses privados neoliberais.

Desta forma, frente aos desafios, novos e antigos, que hoje a democracia e o SUS enfrentam, em meio a luta de classes, é preciso sim pensar, que democracia é saúde, mas também refletir qual democracia se procurar estabelecer. É necessário ir além e pensar *como fazer* com que democracia *signifique* saúde:

O SUS, uma das expressões sociais da transição democrática no Brasil, veio para ficar, mas a democratização da atenção à saúde permaneceu pendente. (Ligia Bahia, 2018).

Nesse contexto, fica evidente a importância da organização social na luta por direitos, considerando-se o sucesso, ainda que em parte, do Movimento da Reforma Sanitária. Embora o SUS possa estar fragilizado, sua existência por si só e o debate que hoje é realizado em prol de sua construção e fortalecimento se torna possível apenas porque ele existe. Dessa forma, é crucial fortalecer os movimentos sociais e permitir sua participação na construção e gestão deste sistema de saúde. Para além da própria criação de um sistema único universal e gratuito, uma de suas grandes

conquistas foi a incorporação do princípio de participação da comunidade na gestão do SUS.

A participação da comunidade na gestão do SUS foi implementada por meio da Lei Orgânica 8.142 de 1990, a qual instituiu as instâncias colegiadas de sua atuação: as Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1990). No entanto, apenas em 2012 ocorreu a regulamentação dos Conselhos de Saúde, por meio da Resolução Nº 453, a qual, além de definir Conselho de Saúde, reformulou o seu funcionamento (BRASIL, 2012). Com esta Resolução, a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais passou a ter como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito da atuação do Conselho de Saúde. Ficou definido que as funções, como membro do Conselho de Saúde, não seriam remuneradas, bem como a participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não seria permitida. A participação social no SUS foi, portanto, idealizada a partir do controle social, com o objetivo de promover a atuação de setores organizados da sociedade no desenvolvimento e execução das políticas de saúde, possibilitando a criação de espaços mais participativos e democráticos, regularizados em todos os campos de gestão do SUS de forma a ser compostos por representantes de usuários, gestores e trabalhadores de saúde (SOUZA, 2021).

Observa-se que a participação da comunidade teve diversas fases durante a construção do SUS. Em um primeiro momento, com o MRSB, houve o envolvimento de diversos atores que lutaram pela redemocratização do país e pela criação de um sistema de saúde que garantisse o direito à saúde. Posteriormente, houve um enfraquecimento dos movimentos sociais no âmbito das políticas públicas em saúde, porém surgiram outros mecanismos de participação social (PAIM, 2008). Com a criação dos Conselhos de Saúde, ficou institucionalizado a participação social, ainda que de forma não tão eficiente, visto que manteve a representatividade e não a participação direta como o foco. Neste contexto, novos espaços de participação surgem, mas os Conselhos de Saúde ainda mantêm grande importância.

1.4. A gestão participativa e a promoção da qualidade de vida e garantia de direitos

Como dito, com a Lei 8.142 de 1990 foi instituída a participação social na gestão do SUS como um dos seus pilares administrativos, visando que a comunidade se tornasse corresponsável pela gestão de sua própria saúde (FERNANDES, 2021). A participação social se daria, principalmente, por meio dos Conselhos de Saúde, a forma encontrada para aproximar o usuário comum e os trabalhadores da gestão do serviço. Segundo a Lei 8.142 de 1990, os Conselhos de Saúde deveriam ser formados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo estes últimos 50% dos membros, correspondendo a uma representação paritária dos usuários com relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990). Seria responsabilidade dos Conselhos de Saúde atuar no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo órgãos permanentes e deliberativos, com reuniões de no mínimo uma vez ao mês. Seriam também os Conselhos responsáveis por indicarem e nomearem gestores dos serviços de saúde do SUS. A criação dos conselhos objetivou que a própria população ditasse suas necessidades de saúde, fiscalizando seus direitos e permitindo maior promoção da qualidade de vida para a comunidade de acordo com aquilo que ela almeja (BRASIL, 2006).

A participação da comunidade no SUS se sobressai como elemento de grande importância política e social, uma vez que pretende assegurar a inserção popular no processo de controle e formulação das políticas públicas de saúde, algo altamente desejável em uma democracia. No Brasil, o controle social visa permitir à população participar do processo decisório das políticas públicas de saúde e conhecer as ações que cabem ao Estado, bem como debater a implantação destas políticas de saúde nas comunidades a partir das necessidades de saúde e das realidades de cada localidade. Portanto, com participação ativa, a sociedade teria grande responsabilidade na promoção da qualidade de vida, bem como possibilitaria à comunidade assegurar seus direitos (BUSANA, 2015). Nesse sentido, os Conselhos de Saúde seriam, idealmente, não apenas um órgão administrativo, mas um espaço potencial de manifestação da comunidade, com menor burocratização e mais informal,

tornando-se o espaço ideal para a participação democrática da comunidade (SOUZA, 2010).

Porém, a partir da Resolução No 453, com a orientação quanto à constituição dos Conselhos de Saúde, percebeu-se que estes nem sempre têm sido um espaço democrático de participação social. Algumas pesquisas têm mostrado limitações dos Conselhos, como a realizada por Santos (2021) que apontou aspectos preocupantes nos municípios de pequeno e médio porte analisados. Nessas localidades, os conselhos locais pouco conseguiram interferir nos rumos das políticas e acompanhar o desenvolvimento das ações deliberadas, o que contribuiu para o predomínio do distanciamento entre representantes e seus representados (SANTOS, 2021; SANTOS 2020; SOUZA, 2019). Esse distanciamento advém, inclusive, das dificuldades de comunicação para tornar públicas informações acerca dos Conselhos de Saúde e demais estratégias sobre o planejamento, a execução e o monitoramento da política de saúde. Uma população sem informação não tem sequer a oportunidade de participar e cobrar demandas de seus representantes.

Outros estudos e pesquisas apontaram também o fato de que apesar dos Conselhos apresentarem grande potencial como espaços propícios para o exercício da democracia, essa relação distanciada entre usuários e conselhos resulta no não reconhecimento destes como espaços para uma efetiva participação, dificultando a apresentação de demandas da comunidade e sua resolubilidade. Os usuários e até mesmo profissionais de saúde muitas vezes ignoram a existência do Conselho de Saúde no local onde vivem e trabalham, e isso é apenas uma das diversas limitações destes Conselhos como espaço democrático e ainda mais como espaço para dar voz à comunidade local (MIWA, 2020; MALTA 2018).

O debate entorno da participação social é também importante visto que diversas políticas surgem a partir do debate entre diversos atores sociais e com a participação dos usuários, em que as demandas destes foram incluídas em políticas públicas. Isso demonstra a importância deste seguimento, bem como dos demais, e de sua participação na formulação e no processo de implementação destas políticas, visando priorizar o que é necessidade de saúde da população, especialmente quando voltada à prática de garantia de direitos e de promoção da qualidade de vida.

Um exemplo de formulação colaborativa e que incluiu diversos atores sociais em sua formulação é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual foi inicialmente proposta em 2006, sendo revisada e aprovada pela Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2014 (MALTA, 2018). A PNPS foi fruto de discussões que reconheceram o que já se tinha no debate em saúde há algumas décadas, ou seja, a importância não apenas dos condicionantes sociais da saúde, mas de toda uma determinação social no processo de saúde e adoecimento e que inclusive interfere também na forma como a população participa da gestão da saúde (GARBOIS, 2017).

A PNPS foi uma política construída a partir de uma comissão que ouviu diversos atores sociais envolvidos em distintos lugares da gestão e planejamento dentro do SUS, incluindo usuários, demonstrando que a essência da política pública se dá no contexto de debate em torno de ideias e interesses, visto que um único segmento ou perspectiva não é suficiente para atender às necessidades da população. Para uma política pública efetiva deve-se visar uma maior participação de agentes envolvidos na formulação destas e a PNPS é um exemplo de política elaborada a partir desta perspectiva (ROCHA, 2014).

Importante frisar neste momento, de forma sucinta, a diferença entre dois conceitos, importantes para a reflexão acerca da participação social e sua influência na qualidade de vida: determinantes sociais e determinação social, os quais estão presentes na PNPS.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o modelo de determinantes da saúde que estariam dispostos em camadas: 1) fatores que expressam características individuais, como idade, sexo, fatores genéticos; 2) fatores caracterizados por comportamentos sociais e individuais, tais como estilo de vida; 3) camada que inclui os macro determinantes do processo saúde-doença, como redes comunitárias e de apoio, como apresentada na figura 1.



Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS para explicar os determinantes sociais da saúde.²

O grande impasse deste modelo é que ele induz ao pensamento fragmentado dos diversos fatores e não implica o modelo econômico como fator influenciador estrutural dos demais determinantes. Dessa forma, não introduz a reflexão acerca da estrutura da sociedade capitalista e suas diversas facetas com influência direta na vida dos sujeitos e de toda a forma de organização da sociedade, o que inclusive corrobora para a manutenção de uma forma de exploração insustentável do planeta e mantenedor das desigualdades sociais e da pobreza nas diversas sociedades.

O movimento de superação do paradigma moderno de racionalidade científica que fragmenta e dispersa o social, tem sido realizado de forma sustentada por importantes teóricos sociais. (Garbois, 2017)

Isto ocorre visto a necessidade de transformação da realidade a partir do entendimento de sua estrutura, especialmente a macroeconômica (MIWA, 2020). Portanto, pensar em determinação social significa olhar para a estrutura que sustenta esse modelo econômico e de sociedade, como proposto por Solar e Irwin e apresentado na figura 2.

² Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008)

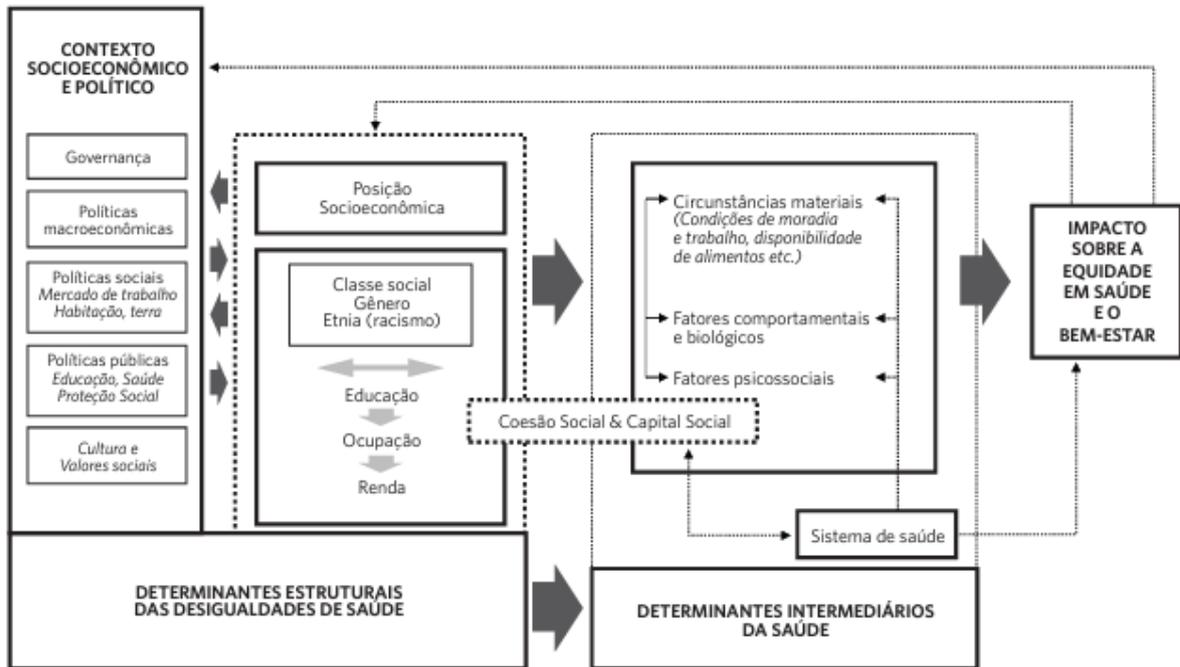


Figura 2 - Modelo de Solar e Irwin para os determinantes sociais³

Apesar disso, a PNPS foi proposta ainda na lógica dos determinantes de saúde e não da determinação social e surgiu como resposta ao modelo da OMS e aos movimentos internacionais de promoção da saúde. A PNPS foi criada também a partir de discussões no CNS, tendo, portanto, colaboração da gestão participativa no SUS e foi pensada desde o início com base na intersectorialidade e na criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida e o asseguramento de direitos para todos os cidadãos (MIWA, 2020). A PNPS é uma política ampla, que depende de várias outras políticas que estão fora do setor saúde e que reforça a importância da gestão participativa para assegurar direitos aos cidadãos, especialmente na saúde. Deveria ser uma política transversal e intersectorial, perpassando as demais políticas, para além do setor saúde o que reforça a importância da discussão pela sociedade das políticas em todos os âmbitos, visto que a saúde está diretamente interligada com educação, seguridade social, economia, meio ambiente, dentre tantos outros fatores, como explicado anteriormente pelo modelo de Irwin e Solar (2020).

A PNPS ainda tem diversos limites, especialmente conceituais, no entanto, sua existência já é um avanço no quesito de pensar promoção de saúde e qualidade de vida, reforçando que é preciso mais do que apenas garantir acesso à saúde através

³ Solar e Irwin, 2010.

dos sistemas de saúde, mas sim ofertar possibilidades nos demais âmbitos sociais, como escola, trabalho, moradia, alimentação e segurança institucional e política, que garanta os direitos adquiridos pelos cidadãos. É um exemplo da gestão participativa no SUS como forma de tentar garantir direitos e promover qualidade de vida aos brasileiros.

Ressalta-se aqui também que políticas públicas desenvolvida a partir da gestão participativa são tão relevantes, provavelmente por estarem mais associadas a realidade, que a OMS lançou, em 2021, a publicação *Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage*, o qual trata-se de um manual online que oferece orientações aos participantes da construção de políticas públicas sobre como fortalecer e incluir a participação social no processo destas políticas. O manual inclui tópicos sobre como criar espaços que favoreçam a participação, como buscar garantir uma representação mais característica da população, mais equilibrada e transparente, como aumentar a aceitação dos resultados do processo participativo, dentre outros pontos relevantes para uma participação social mais efetiva (OMS, 2021).

Assim como discutido anteriormente, este documento da OMS fundamenta-se na premissa de que um processo de elaboração de políticas públicas que seja participativo e inclusivo aumenta significativamente a eficiência da política criada, proporcionando maior equilíbrio nos espaços de poder participativo, permitindo locais seguros para que diversos sujeitos se sintam à vontade para expressar suas demandas. O manual ainda ressalta que a gestão participativa é um processo ativo e que exige que os governos e seus gestores reconheçam o valor acrescentado que a participação oferece e o seu próprio papel nesse processo. Da mesma forma, as lideranças locais também devem mobilizar a população, para que esta se torne capaz de refletir sobre seu papel como ator social, sobre as relações de poder na sociedade e como canalizar esforços para que haja mudanças reais. Observa-se com este documento da OMS, um movimento que vem ocorrendo desde a pandemia da COVID-19, em 2020, de debate acerca dos sistemas de saúde universais e necessidade de se incluir a participação social como esteio desses sistemas (CLARK, 2021).

2. JUSTIFICATIVA

Partindo-se da importância que a participação social assume na luta pela conquista e garantia de direitos, como a construção de um sistema de saúde universal e equânime, esta pesquisa visa mapear os diversos meios pelos quais a participação social acontece no SUS com o intuito de mapear e apresentar as lacunas que se identifica em cada um dos instrumentos de participação. Isto porque é fato que a participação social é legitimada e quando aplicada favorece a garantia de direitos e melhoria de qualidade de vida da população, sobretudo a da população mais desfavorecida. No entanto, apesar da reconhecida importância, a gestão participativa ainda encontra entraves para seu pleno exercício, portanto identificar claramente estas fragilidades como também as potencialidades deste princípio fundamental, que é a participação social, têm a intenção de despertar o debate acerca de como fortalecer a voz da comunidade nos diversos mecanismos de participação.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar como a literatura identifica que as formas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro colaboram para a garantia de direitos e qualidade de vida dos usuários.

3.2. Objetivos específicos

Analisar se a literatura aponta que a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde ocorre conforme previsto na Lei 8.142 de 1990;

Identificar quais outras formas e espaços de participação da comunidade na gestão do SUS há descritos na literatura;

Identificar na literatura quais as potencialidades e desafios das diversas formas de participação social na gestão do SUS.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão de escopo conforme proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). As revisões de escopo, de acordo com Peters et al (2020), são um tipo de revisão ideal para sistematizar evidências da literatura científica acerca de algum tema específico proporcionando uma síntese de vários dados acerca de conceitos, teorias e discussões acerca deste tema, para que se possa elucidar e organizar o que se tem de melhor evidência sobre o tópico em questão. As revisões de escopo, por se tratar de um estudo que sistematiza as evidências acerca de um tema, devem seguir um roteiro para que todas as etapas sejam cumpridas e que possam ser reproduzidas. Esta revisão de escopo foi desenvolvida com base no manual do guia *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (TRICO, 2018), o qual consta no anexo A, e com as orientações do método proposto pelo JBI, de 2014.

O protocolo de revisões sistemáticas PRISMA-ScR possui 22 itens, dos quais 20 componentes são considerados indispensáveis e 2 componentes são facultativos para a execução da revisão de escopo. O PRISMA-ScR fornece instrumentos de recomendações em diversos aspectos, como a formulação do título, do resumo estruturado, da justificativa, dos objetivos e dos critérios de elegibilidade, por fim chegando à avaliação criteriosa das bases de dados de evidências, e como descrever a síntese dos resultados e chegar às conclusões finais da pesquisa.

O método proposto pelo JBI é reconhecido pelo rigor e confiabilidade e traz orientações que conduzem a uma extração de dados que permite realizar a adequada síntese dos principais conceitos, e com isso identificar possíveis lacunas de conhecimento acerca do tópico de pesquisa (AROMATARIS; MUNN, 2020). O modelo de revisão de escopo proposto pelo JBI traz recomendações para execução de uma investigação exploratória preliminar a qual vai direcionar a definição de objetivos e dos métodos. A partir disso estará orientada para onde realizar a seleção dos documentos pertinentes à pesquisa e a delimitação do mnemônico utilizado para guiar a

formulação da pergunta de pesquisa da revisão. Essas etapas precedem a revisão e favorecem a transparência do processo da revisão de escopo de forma a estabelecer com clareza as etapas a serem desenvolvidas no estudo. É de extrema importância segui-las para que seja minimizado o risco de viés informativo e para justificar as decisões empregadas nas diferentes etapas do protocolo da revisão. Um dos mnemônicos utilizados para formular a pergunta de uma revisão de escopo, e que foi aplicada nesta revisão, é o mnemônico "PCC", um acrônimo para População, Conceito e Contexto, visto que nesta formulação de pergunta de pesquisa não há resultados, intervenções e comparações para serem declaradas. (AROMATARIS; MUNN, 2020). Os princípios inerentes a esse mnemônico nortearam a revisão de escopo aqui discutida.

Utilizando a estratégia População, Conceito e Contexto, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: quais os espaços de participação dos usuários na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)? Assim foram definidos com base na pergunta norteadora: População - usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; Conceito: gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; Contexto: garantia de direitos e qualidade de vida no SUS.

A revisão teve o protocolo de pesquisa registrada no *Open Science Framework* com o DOI 10.17605/OSF.IO/H9XCP.

4.2. Equipe de revisão

A revisão foi conduzida por uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade, que atua na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, atual mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB; e por um estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Como revisora adicional participou a orientadora desta pesquisa.

4.3. Critérios de Inclusão

Foram incluídos nesta revisão estudos primários quantitativos e qualitativos que tiverem como objetivo principal a discussão ou avaliação da participação da comunidade no SUS. Foram consideradas também teses, dissertações, livros, documentos técnicos e governamentais, sem limite temporal para a seleção. Foram incluídas publicações em inglês, espanhol e português.

4.4. Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos que não tiverem como objetivo principal a participação da comunidade no SUS ou a ação dos Conselhos de Saúde, e trabalhos que versavam especificamente sobre alguma patologia ou área médica ou que não se referiam ao SUS. Também foram excluídos textos sem o resumo disponibilizado, bem como foram excluídos textos da Internet, editoriais e artigos não disponibilizados na íntegra nas bases de dados.

4.5. Bases de dados e Estratégia de Busca

A busca da produção científica foi realizada entre março e abril de 2023 nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, Embase e Web of Science, estes três últimos via Portal CAPES. Na primeira etapa foram selecionados os descritores utilizados a partir das bases de indexação DeCS/MESH. Foram utilizados os seguintes descritores ou palavras-chave: *participação da comunidade; gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; participação social; cidadania*. Na segunda etapa foi construída a estratégia de busca para cada base de dados e adaptada conforme as especificidades de cada base de dados, conforme consta no apêndice A. A terceira etapa, foi selecionar os documentos pertinentes e transferi-los para o software *Mendeley Reference Manager*, o qual foi utilizado para fazer o gerenciamento de referências e remoção de duplicatas. Posteriormente, os dados

foram importados para o *Rayyan software* (OUZZANY, 2016), para ser realizado o processo de seleção individual e independente por cada um dos revisores. Os textos selecionados foram então analisados detalhadamente quanto aos critérios de inclusão e de exclusão pelos dois revisores. Quando presente qualquer desacordo entre os revisores, em qualquer das etapas do processo de seleção, houve a intervenção de um terceiro revisor, para minimizar vieses.

4.6. Seleção de evidência

A seleção dos artigos e demais documentos foi realizada por dois revisores independentes, com base nos títulos e resumos. Posteriormente, os dois revisores leram na íntegra, de forma independente, os artigos pré-selecionados, identificando com precisão a sua relevância para a pesquisa e se os critérios de inclusão estavam contemplados. Em caso de divergência entre os dois revisores em alguma das etapas, um terceiro revisor fez uma nova avaliação. Após a seleção dos artigos, estes foram classificados de acordo com o nível de evidência segundo o proposto pela classificação do manual do JBI (2014) para revisões de escopo. Após classificados, foram extraídos os dados, a saber: autoria, ano de publicação, tipo (artigo, dissertação e documentos governamentais, entre outros), objetivos, desenho do estudo, local, nível de evidência, população e as principais descobertas relevantes para o objetivo desta revisão, utilizando o modelo construído pelos autores e que consta no apêndice B.

4.7. Análise dos dados

Os dados obtidos foram compilados com dados sobre autores, ano de publicação, localidade e principal mecanismo de participação social envolvido. Para realizar a síntese e análise dos dados obtidos foram realizadas duas etapas, a saber: identificação e agrupamento de temas comuns. A partir deste agrupamento foi realizado o mapeamento dos dados obtidos, os mecanismos de participação social trabalhados nos artigos e outros documentos. Reitera-se que não foi aplicada avaliação do risco de viés ou avaliação metodológica dos estudos incluídos visto a

natureza qualitativa dos estudos analisados. Para a análise dos resultados utilizou-se o método da Análise Temática como proposto por Braun e Clarke (2016), método que é amplamente utilizado para análise de estudos qualitativos e que permite identificar e analisar temas em comum entre estudos desta natureza, permitindo realizar categorização e interpretação dos dados qualitativos de forma a serem analisados sistematicamente. Desta forma, foi possível encontrar categorias em comum acerca do tema da participação social nestes estudos.

4.8. Limitações do Estudo

Como limitação deste tipo de estudo têm-se as diversas metodologias empregadas, o que dificultou, por vezes, a análise comparativa, apesar de que não impossibilita o encontro de pontos convergentes e a realização de uma análise temática entre os diversos estudos.

Outra limitação que deriva desta primeira é o nível de evidência produzido, visto não ter sido possível realizar uma metassíntese devido a impossibilidade comparativa e de análise de viés dos estudos analisados em decorrência das metodologias diversas aplicadas aos estudos.

5. RESULTADOS

Com a estratégia de busca foram encontrados 1046 artigos. Após a retirada dos duplicados, 986 artigos foram analisados pelo título e resumo. Destes, 59 artigos cumpriam os critérios de inclusão. Dos selecionados, 13 foram retirados devido aos critérios de exclusão. Totalizou-se, portanto, 46 artigos para a leitura na íntegra e posterior análise. O fluxograma de seleção de evidência, conforme proposto pelo protocolo PRISMA-ScR, está apresentado na figura 3.

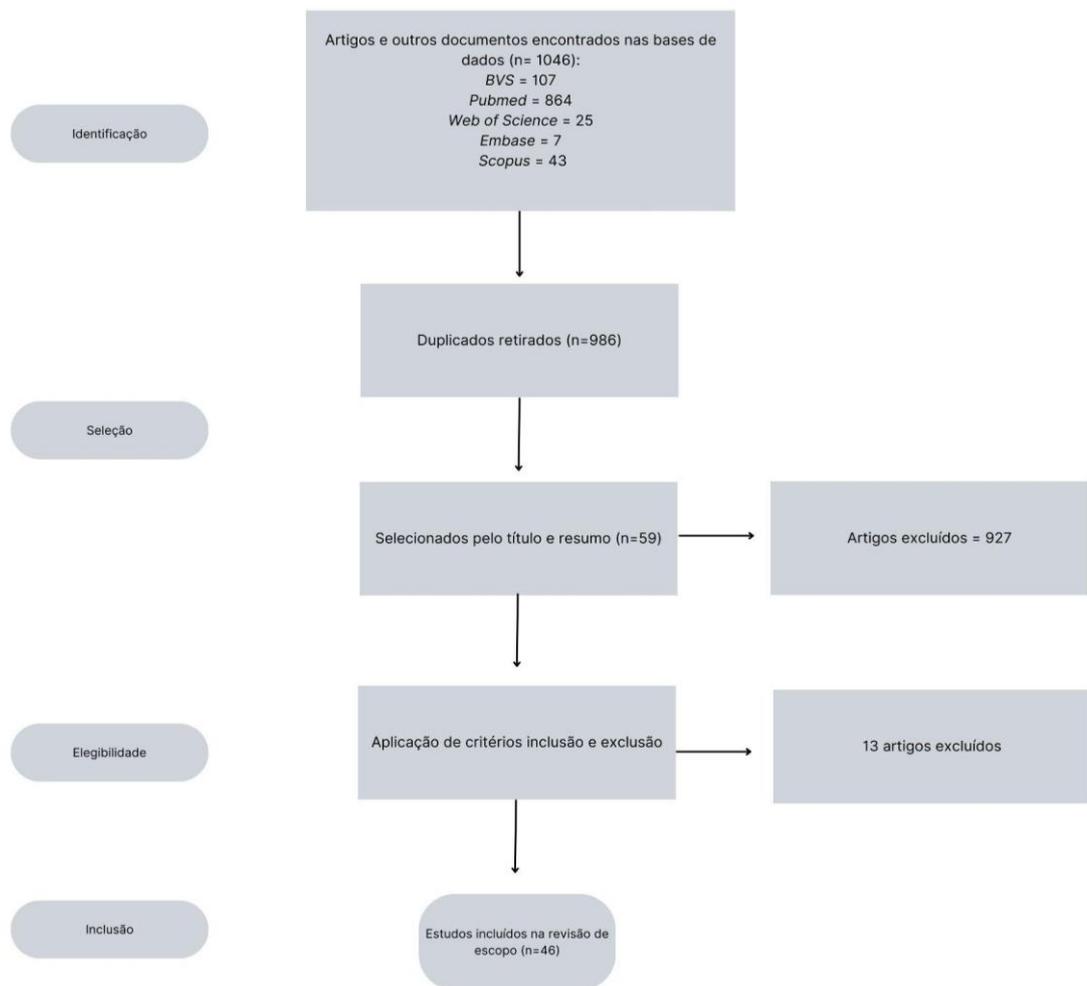


Figura 3 - Fluxograma de seleção de evidência baseada no protocolo PRISMA-ScR⁴

⁴ Fonte: autora (2024).

5.1. Características dos estudos

Dos 46 estudos incluídos, a maioria foi composta por artigos provenientes de estudos qualitativos primários, sendo apenas uma monografia, uma dissertação e um capítulo de livro. As publicações variaram do ano de 2000 até 2021. Os estudos foram desenvolvidos em vários estados do Brasil, mas foram em sua maioria realizados no Distrito Federal (n = 7), Bahia (n = 6), Paraíba (n = 4) e Santa Catarina (n = 4). A tabela 1 apresenta todos os estudos analisados segundo autor, ano, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito.

Tabela 1 - Estudos analisados segundo autor e ano, tipo de documento, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito (continua)⁵

Autores (Ano)	Tipo	Desenho do estudo	Local do estudo	Forma de participação social no SUS analisada
Andrade GRB, Vaitsman J (2013)	Artigo	Qualitativo	Piraí (Rio de Janeiro)	Conselho de Saúde
Barbosa A, Silva J, Araújo E et al. (2015)	Artigo	Qualitativo	Paraíba	Educação Popular em Saúde
Barnes M, Coelho V (2009)	Artigo	Qualitativo	Inglaterra	Conselho de Saúde
Bispo Júnior JP, Sampaio JJC (2008)	Artigo	Qualitativo	Lafayette Coutinho (Bahia) e Groaíras (Ceará)	Conselho de Saúde
Busana J, Heidemann I, Wendhausen Á (2015)	Artigo	Qualitativo	Itajaí (Santa Catarina)	Conselho de Saúde
Catanante G, Hirooka L, Porto H et al. (2017)	Artigo	Transversal	São Paulo	Pesquisa de avaliação do serviço pelos usuários
Correia M (2000)	Capítulo de livro	Quali-quantitativo	Rio de Janeiro	Conselho de Saúde
Correia N (2010)	Dissertação	Qualitativo	Brasília (Distrito Federal)	Educação Popular em Saúde
Costa A (2009)	Artigo	Qualitativo	Brasília (Distrito Federal)	Movimentos sociais ligados à saúde
Cotta RMM et al. (2010)	Artigo	Quanti-qualitativo	Viçosa (Minas Gerais)	Conselho de Saúde

⁵ Fonte: autora (2024)

Tabela 1 - Estudos analisados segundo autor e ano, tipo de documento, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito (continuação)

Cunha PF, Magajewski F (2012)	Artigo	Análise documental	Brasil	Conselho de Saúde, Ouvidorias, Conferências
da Costa Batista E, de Melo E (2011)	Artigo	Qualitativo	Ipatinga (Minas Gerais)	Conselho de Saúde
David C, Souza V (2001)	Relatório	Qualitativo	Rio Grande do Sul	Conselho de Saúde
de Cássia Costa da Silva <i>et al.</i> (2021)	Artigo	Quantitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Oliveira LC, Pinheiro R (2010)	Artigo	Qualitativo	Fortaleza (Ceará)	Conselho de Saúde
Farias Filho MC <i>et al.</i> (2014)	Artigo	Qualitativo	Belém, Marituba, Benevides (Pará)	Conselho de Saúde
Farias AM (2008)	Monografia	Qualitativo	Paudalho (Pernambuco)	Educação Popular em Saúde
Fernandes VC, Spagnuolo RS (2021)	Artigo	Qualitativo	São Paulo	Conselho de Saúde
Fernandes VC, Spagnuolo RS, Bassetto JGB (2017)	Artigo de revisão	Qualitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Labra ME (2002)	Artigo	Qualitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Lima BS (2011)	Monografia	Qualitativo	Alagoinha (Pernambuco)	Conselho de Saúde
Longhi J, Canton G (2011)	Artigo	Qualitativo	São Paulo (São Paulo)	Educação Popular em Saúde
Moura LM, Shimizu HE (2017)	Artigo	Qualitativo	Brasília (Distrito Federal)	Conselho de Saúde
Navarrete M, da Silva M, Campos E <i>et al.</i> (2002)	Artigo	Qualitativo	Cabo Santo Agostinho e Camaragibe (Pernambuco)	Conselho de Saúde
Oliveira AMC <i>et al.</i> (2013)	Artigo	Qualitativo	Belo Horizonte (Minas Gerais)	Conselho de Saúde
Paiva FS <i>et al.</i> (2014)	Artigo	Revisão	Minas Gerais	Conselho de Saúde

Tabela 1 - Estudos analisados segundo autor e ano, tipo de documento, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito (continuação)

Pereira IP <i>et al.</i> (2019)	Artigo	Revisão	Maranhão	Conselho de Saúde
Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS (2001)	Artigo	Qualitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Presoto LH, Westphal MF (2005)	Artigo	Qualitativo	Bertioga (São Paulo)	Conselho de Saúde
Rocha MB <i>et al.</i> (2020)	Artigo	Qualitativo	Vitória da Conquista (Bahia)	Conselho de Saúde
Santos CL <i>et al.</i> (2020)	Artigo	Quali-quantitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Santos JML, Scandola EMR (2013)	Artigo	Qualitativo	Campo Grande (Mato Grosso do Sul)	Conselho de Saúde
Serapioni M, Romaní O (2006)	Artigo	Qualitativo	Brasil, Itália e Inglaterra	Conselho de Saúde
Severo DO, Da Ros MA (2012)	Artigo	Qualitativo	Veranópolis (Rio Grande do Sul), Brasília (Distrito Federal), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Florianópolis (Santa Catarina)	Movimentos sociais ligados à saúde
Shimizu HE <i>et al.</i> (2013)	Artigo	Qualitativo	Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)	Conselho de Saúde
Silva AS, Sousa MSA, Silva EV, Galato D (2019)	Artigo	Qualitativo	Brasília (Distrito Federal)	Consulta Pública
Silva RCC, Novais MAP, Zucchi P (2021)	Artigo	Quantitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Souza LS, Araujo BO, Juliano IA, Araújo MO (2021)	Artigo	Qualitativo	Brasil	Conselho de Saúde
Vazquez ML <i>et al.</i> (2003)	Artigo	Qualitativo	Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe (Pernambuco)	Conselho de Saúde
Vilaça DSS <i>et al.</i> (2019)	Artigo	Qualitativo	Distrito Federal	Conselho de Saúde
Wendhausen ALP (2006)	Artigo	Qualitativo	Itajaí (Santa Catarina)	Conselho de Saúde
Wendhausen A, Caponi S (2002)	Artigo	Qualitativo	Itajaí (Santa Catarina)	Conselho de Saúde

Tabela 1 - Estudos analisados segundo autor e ano, tipo de documento, delineamento do estudo, local e principal mecanismo de participação descrito (conclusão)

Zambon VD, Ogata MN (2013)	Artigo	Qualitativo	Araraquara (São Paulo)	Conselho de Saúde
Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP (2017)	Artigo	Qualitativo	Brasília (Distrito Federal)	Conferências de Saúde
Dos Santos EPFC, Moreira DC, Bispo Júnior JP (2021)	Artigo	Qualitativo	Nova Canaã e Itapetinga (Bahia)	Conselhos de Saúde

5.2. Formas de participação social no SUS

Dos estudos incluídos, 78% analisaram os Conselhos de Saúde em algum aspecto, 9% discutiram a Educação Popular em Saúde e 5% debateram o papel dos movimentos sociais ligados à saúde. As demais formas de participação social no SUS analisadas corresponderam a 2% de cada uma das publicações avaliadas. A tabela 2 resume a identificação das formas de participação social no SUS, bem como suas principais limitações e potencialidades discutidas nos estudos.

Tabela 2 - Desafios e potencialidades de cada mecanismo de participação popular no SUS⁶ (continua)

Formas de participação social no SUS	Desafios	Potencialidades
Conselhos de saúde	Falta de autonomia dos Conselhos e de orçamento próprio destes; Capacitação dos conselheiros;	Amplia a participação para outros sujeitos sociais; Espaço mais próximo da comunidade;

⁶ Fonte: autora (2024)

	<p>Comunicação, transparência e publicização das ações;</p> <p>Esvaziamento das ações dos Conselhos;</p> <p>Representatividade dos usuários.</p>	<p>Forma institucionalizada de participação social.</p>
<p>Pesquisa de avaliação do serviço pelo usuário</p>	<p>Avaliação crítica dos resultados;</p> <p>Dar devolutiva para os participantes;</p> <p>Envolver mais setores neste processo.</p>	<p>Facilita e dá voz aos usuários dos serviços de forma individual.</p>
<p>Educação Popular em Saúde</p>	<p>Institucionalização da Educação Popular sem descaracterizá-la.</p>	<p>Utilização de práticas dos saberes populares para aproximar a população da participação social em saúde;</p> <p>Capacita os cidadãos em conceitos que os empoderam.</p>
<p>Movimentos sociais ligados à saúde</p>	<p>Dificuldade de diálogo com o Estado.</p>	<p>Ampliação do conceito de saúde e seus determinantes;</p> <p>Visibilidade de demandas de grupos específicos.</p>
<p>Consulta Pública</p>	<p>Publicização e transparência do processo e resultados</p>	<p>Ampliação das vozes ouvidas no processo em saúde;</p> <p>Permite a participação individual de cada sujeito.</p>
<p>Conferências de Saúde</p>	<p>Pouca integração entre os diferentes atores sociais envolvidos;</p>	<p>Espaço potencial para reunir diferentes atores sociais para um debate em saúde;</p>

	<p>Publicização e comunicação deficientes;</p> <p>Falta de representatividade.</p>	<p>Movimentos para pensar novos modelos de Conferências.</p>
Ouvidorias	<p>Criação de espaços saudáveis e propícios a esse tipo de participação tanto por usuários quanto por trabalhadores;</p> <p>Retorno ao usuário nas práticas em saúde do que foi apontado.</p>	<p>Devolutiva ao usuário;</p> <p>Processo institucionalizado e regido em lei</p>

6. DISCUSSÃO

Identificar e mapear na literatura disponível como ocorre a participação social no SUS, desde sua institucionalização a partir da Lei 8142 em 1990, permitiu sintetizar e analisar criticamente como tem se dado esta participação, além dos percalços encontrados e das possíveis soluções a serem debatidas. A participação social já está bem legitimada na sociedade e bem estabelecida na literatura, sua importância já está bem sedimentada, e seu papel tem sido o de promover pressão sobre o setor público. A participação social visa permitir à comunidade participar ativamente da elaboração e revisão dos direitos sociais, fugindo ao papel de apenas demandar os direitos oferecidos pelo Estado, mas também de atuar na elaboração das políticas públicas e em como estas devem ser implementadas (SERAPIONI, 2014).

Mapear essas formas de participação, seus desafios e potencialidades tem a intenção principal de motivar o debate e formulação de novas ideias acerca de como aprimorar esses mecanismos e fortalecê-los, visto que fazer isto é também consolidar a democracia e o próprio direito à saúde. Portanto, a construção desta cartografia tem o intuito de facilitar a visualização da participação social para que possa ser possível pensar como integrar tais mecanismos, como fortalecê-los e superar as barreiras que impedem que cada um destes instrumentos seja a ponte entre as políticas públicas e a comunidade. A figura 4 apresenta o mapeamento destes mecanismos, os quais serão discutidos separadamente nos tópicos a seguir.

Nas últimas duas décadas, o debate sobre cidadania, democracia e participação social vem influenciando os modelos de participação ativa da sociedade nas diversas instituições e serviços públicos para além do setor saúde, com o debate acerca desses modelos de participação expandindo-se. O setor saúde contribuiu para maior demanda por qualidade de atenção e ampliação dos sistemas de saúde, maior humanização dos cuidados e que estes cuidados sejam baseados nas necessidades de saúde da população. (SERAPIONI, 2014). As pessoas cientes da importância do exercício da cidadania e de seu papel ativo na sociedade, lutam por seus direitos e por maior qualidade de vida. O empoderamento do sujeito em seu papel de cidadão transforma-se em força potente de mudanças e, talvez por isso, causem tanto incômodo e seja constantemente sabotado (FARIAS *et al*, 2008).

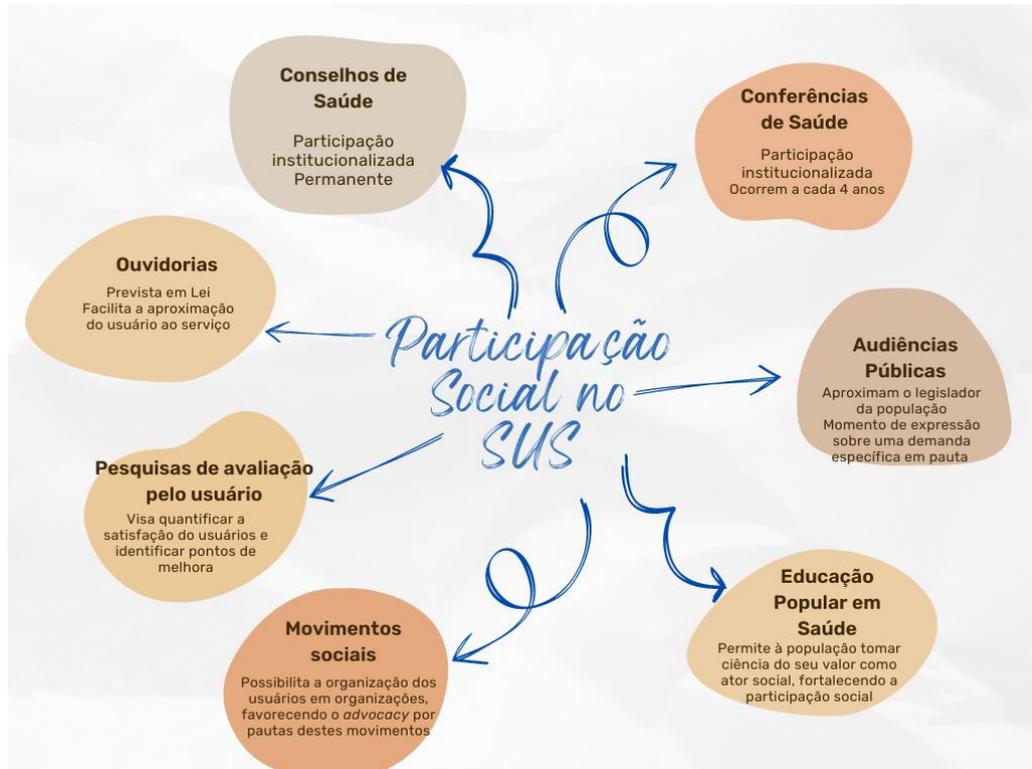


Figura 4 – Mapeamento dos mecanismos de participação social identificados na revisão de escopo⁷

Porém, paralelamente a isso e apesar de toda essa potência e do maior debate acerca de direitos, de saúde e da participação social, nesta última década houve o crescimento de movimentos conservadores e neoliberais ao redor do globo. Esses movimentos trazem em seu cerne a ideia de um estado menor e mais enxuto, e até mesmo subserviente ao setor privado, mesmo que para isso seja necessário reduzir o financiamento de áreas essenciais como saúde e educação.

No Brasil, o SUS sempre enfrentou dificuldades em seu financiamento para cumprir as garantias prevista na CF, que seriam saúde para todos de forma universal, integral e equânime. O texto da CF previa que o SUS deveria ser financiado a partir de recursos provenientes da União, dos estados, do Distrito Federal e municípios, além da seguridade social e de outras fontes. No entanto, o SUS sempre foi subfinanciado, sendo que o gasto total médio em saúde no Brasil sempre esteve próximo a 8% do PIB, valor bem abaixo do recomendado para países com sistemas universais (MENEZES, 2019). Além disso, a Emenda Constitucional No 95 de 2016,

⁷ Fonte: autora (2024)

que entrou em vigor durante o governo Temer, tornou gastos públicos como investimentos em áreas essenciais, como a saúde, congelados por 20 anos (BRASIL, 2016). O SUS passou de subfinanciado a francamente desfinanciado, estando em curso acelerado o projeto de desmonte deste sistema.

Foi em meio a esse contexto de avanços e retrocessos políticos e sociais que esta revisão buscou elucidar melhor em que momento nos encontramos quanto à participação social na saúde no Brasil. Esta pesquisa apontou que na grande maioria dos estudos o enfoque esteve direcionado aos Conselhos de Saúde, principalmente no início dos anos 2000, e, posteriormente a isso, houve o esvaziamento gradual deste instrumento legitimado, porém, sequestrado pela gestão em algumas localidades (ANDRADE, 2006; BISPO JÚNIOR, 2008). A revisão também mostrou que mesmo apesar desses desafios com relação aos Conselhos de Saúde, foi possível perceber grandes avanços nesses instrumentos e que outros surgiram e se consolidaram ao longo das últimas duas décadas. A seguir será discutida de forma pormenorizada e individualmente cada instrumento de participação social encontrado e suas nuances.

6.1. Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde aparecem nos estudos como um grande avanço na legislação brasileira sendo fruto de diversos atores que participaram do MRSB. Entre esses atores surge a sociedade civil organizada, a partir de movimentos sociais, que ativamente contribuíram para o processo de redemocratização do país bem como a democratização do acesso à saúde, com a criação do SUS. Na presente revisão de escopo, todos os artigos analisados se referiram ou aos Conselhos de Saúde Municipais ou aos Conselhos de Saúde Locais, neste caso referindo-se aos Conselhos presentes em Unidades Básicas de Saúde, houve também análise do Conselho de Saúde Estadual e artigos que trataram dos Conselhos de forma geral, nenhum artigo retornou tema acerca do específico do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Apesar de sua importância, os Conselhos de Saúde, instituídos em 1990, foram regulamentados apenas em 2012, mais de 20 anos após sua criação, por meio da Resolução No 453 do CNS, a qual, além de definir Conselho de Saúde reformulou o seu funcionamento, como citado anteriormente (BRASIL, 2012). A partir desta Resolução, a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais passou a ter como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito da atuação do Conselho de Saúde. A Resolução No 453 do CNS também traz em seu texto quais critérios são considerados para que um movimento ou associação seja considerada representativa (BRASIL, 2012). Anteriormente a esta resolução não havia nada que regulasse de forma explícita os critérios para a composição de cada fração que deve compor os Conselhos de Saúde, especialmente no que tange aos usuários, parcela responsável pela representatividade da população.

Também foi reforçada na resolução a conformação do Conselho de Saúde, em todos os níveis, a partir da paridade dos membros, sendo 50% destes de usuários dos serviços de saúde, ou seja, da comunidade, e os outros 50% divididos entre representantes do governo e de trabalhadores da saúde. É importante enfatizar que para fazer parte dos representantes dos usuários, como citado acima, deve haver indicação de alguma organização da sociedade civil, tais como associação de moradores, associação de pessoas com alguma comorbidades, sindicatos, centro acadêmico, entre outras (BRASIL, 2012). Apesar da regulamentação ter ocorrido em 2012, os Conselhos de Saúde locais e municipais funcionaram por mais de 20 anos sem esta regulação, visto que sua existência também condicionava repasse financeiro para os municípios (BRASIL, 1990). Em muitos locais os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais existiam “de fachada”, e essa existência teórica, sem muita prática, também contribuiu para o esvaziamento e distorção gradual deste instrumento de regulação da sociedade (WENDHAUSEN, 2006).

Mesmo contando com esse arcabouço e regulamentação, os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e locais ainda apresentam diversos desafios, como os citados na tabela 1, que os configuram como espaço quase folclórico de participação social em algumas localidades (BUSANA, 2015). Praticamente todos os textos encontrados na revisão debatem o esvaziamento destes Conselhos, que ocorreu ao longo do tempo, muito disso devido ao “sequestro” desses órgãos pela gestão

estadual e municipal. Em diversos municípios o presidente do Conselho de Saúde Municipal é automaticamente o secretário de saúde, perdendo-se o sentido democrático de participação, de debate e de regulação das ações de saúde do Executivo local.

Tanto a Lei No 8.142 quanto a Resolução No 453 de 2012 não ditam regras sobre as eleições de cada Conselho de Saúde, permitindo a estes fazer sua autogestão, e dessa forma cada Conselho consegue adaptar-se e definir seu próprio regimento, definindo as regras de suas eleições. Isso é importante para que cada Conselho se adapte a sua realidade local. No entanto, também acaba por abrir brechas para a manutenção dos mesmos conselheiros, pouca rotatividade entre os representantes, pouca identificação dos representados com os Conselheiros, além de Conselhos que não respeitam a paridade entre usuários e demais membros, o que acaba por minar a ideia de espaço democrático (WENDHAUSEN A, 2006; COTTA, 2010; SILVA, 2021).

Além do impasse quanto à constituição dos Conselhos, outros desafios são a ausência de orçamento próprio, o que contribuiu para o sequestro pelo Executivo local dos Conselhos de Saúde Municipais, visto que as verbas são destinadas ao Conselho de acordo com a demanda da secretaria de saúde. Isso dificulta as atividades fiscalizatórias que ficam dependentes da autorização dos gestores locais, os quais teriam suas ações fiscalizadas (SANTOS, 2021). Falta de orçamento e sedes próprias impedem os Conselhos, tanto municipais quanto locais, de ter ações independentes. Muitos conselhos não possuem sede própria para suas reuniões e demais atividades administrativas, nem contam com funcionários de apoio e tudo isso acaba sobrecarregando os conselheiros, que não são remunerados e, portanto, também exercem, muitas vezes, outras atividades laborais. Muitas vezes os conselheiros já estão sobrecarregados com suas outras jornadas de trabalho, dificultando a participação efetiva e regular no Conselho (SANTOS, 2021).

Outro déficit para o funcionamento pleno dos Conselhos é a comunicação deficiente com a comunidade, o que foi referido em estudos que versaram tanto sobre os Conselhos Municipais quanto sobre os Conselhos de forma geral. Estudo de Santos (2020) analisou se as páginas na internet das prefeituras das capitais brasileiras divulgavam seus Conselhos de Saúde e informações necessárias para a

análise, o monitoramento e o acompanhamento da política de saúde local. O estudo indicou que apenas 14% dos portais de internet das capitais disponibilizavam nas páginas dos Conselhos informações e instrumentos de gestão do SUS e 33% deles não divulgaram nenhuma informação sobre o Conselho de Saúde ou outras informações acerca da gestão do SUS. A ausência de informações, além de distanciar a comunidade da gestão do SUS, da qual deveria fazer parte, acaba por acarretar o enfraquecimento da própria institucionalidade e legitimidade do Conselho e, dessa forma, também da própria democracia participativa.

Portanto, conclui-se que o potencial espaço democrático, mais acessível e menos burocrático que deveriam ser os Conselhos de Saúde, acabaram por se tornar em espaços fantasmas, hierarquizados e burocratizados, distanciados das discussões acerca das necessidades de saúde da comunidade local, e que deveria ser seu objetivo principal. (SHIMIZU et al, 2013). Analisa-se que para uma atuação efetiva dos Conselhos de Saúde ainda faltam a muitos destes órgãos orçamento próprio e maior transparência e comunicação com a comunidade. É necessário fortalecer a regularidade das reuniões e dos mecanismos de fiscalização das políticas públicas. Pesa a favor dos Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e locais o fato de ser uma política de participação social legalmente instituída, de prever a paridade de participação dos usuários com demais membros e de serem órgãos permanentes e deliberativos, como demonstrado na figura 5, a seguir. Portanto, pensar mecanismos que favoreçam a independência dos Conselhos nestes níveis da administração torna-se essencial.

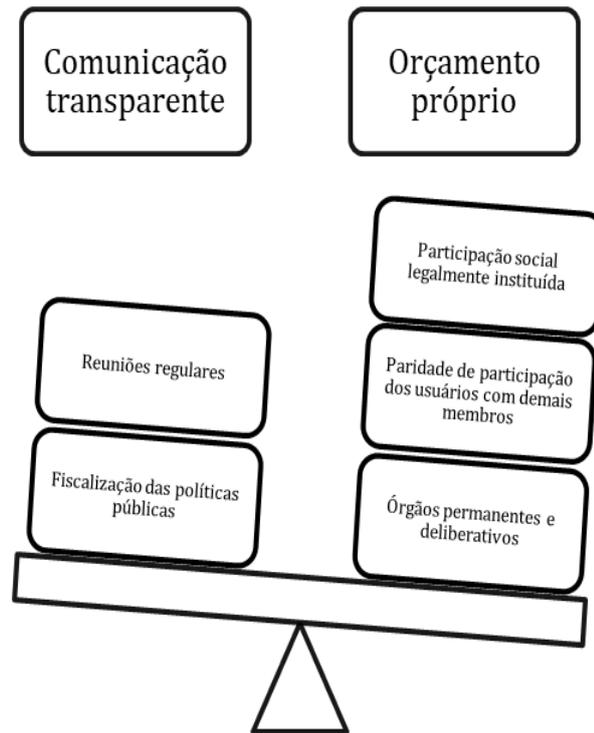


Figura 5 - A balança em busca de equilíbrio para os Conselhos de Saúde, seus desafios e potencialidades.⁸

Há potência nesses espaços ficando clara a necessidade de reformulá-los e fortalecê-los, efetivando mecanismos que permitam de fato a autonomia dos Conselhos. Alguns exemplos seriam: orçamento próprio garantido, regulamentação da comunicação entre os Conselhos e a comunidade, o que permitiria maior acesso da população a este espaço e, não apenas aos conselheiros. Criar instrumentos que aproximem o usuário comum destes órgãos, favorecendo uma comunicação mais efetiva e transparente, quiçá, utilizando meios digitais, hoje tão disponíveis, é uma possível ponte que transpasse algumas das barreiras aqui identificadas. Os Conselhos têm o potencial de serem vistos como espaço de debate para a comunidade, para ouvi-la e entendê-la em suas necessidades, e para isso é necessário trazer o indivíduo comum também para participar desse encontro (BUSANA, 2015).

⁸ Fonte: autora (2024)

6.2. Pesquisas de avaliação do serviço pelo usuário

O estudo de Catanante (2017) incluído nesta revisão de escopo é um estudo descritivo, de corte transversal, de fonte secundária, a partir do banco de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que esteve em vigor entre os anos de 2011 e 2019. Este programa se baseava em avaliações da APS a partir de ciclos sucessivos de avaliação, privilegiando a visão do serviço pelos profissionais e usuários do SUS. O foco principal é a pesquisa sobre a avaliação do serviço pelos usuários com o intuito de conferir visibilidade e voz dadas a estes bem como possibilidades e dificuldades de acesso aos serviços prestados pela APS.

Apesar de apenas um estudo ter sido resultante da revisão de escopo com este recorte, na literatura há diversos outros artigos que versam, de forma semelhante, sobre pesquisas de avaliação realizadas junto aos usuários, especialmente no âmbito da APS, visto que é o nível de atenção em que mais ocorrem no âmbito do SUS. Muito provavelmente a maioria dos artigos também são relacionadas à avaliação dos usuários na APS visto a existência de instrumentos já validados para a população brasileira e para este tipo de análise, especificamente neste nível do cuidado, tais como o já citado PMAQ-AB e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) (CATANANTE, 2017; GONTIJO, 2017; VIEIRA, 2021).

Estas pesquisas, junto aos cidadãos que utilizam os serviços de saúde prestados em cuidados primários, visam mais que avaliar a satisfação do serviço prestado. Buscam, a partir da percepção única dos usuários, construir novos modelos e perspectivas do cuidado, além de adaptar as políticas públicas à realidade da comunidade. Permitem, ainda, monitorar as atividades exercidas e promover a participação dos usuários na gestão do serviço, como forma de favorecer o controle social previsto nas diretrizes do SUS (GONTIJO, 2017).

Como citado anteriormente, os dois instrumentos validados para a APS mais utilizados são o PMAQ-AB e o PCATool-Brasil. O PMAQ-AB foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde com o intuito de avaliar efeitos das políticas de saúde e parâmetros para subsidiar decisões acerca de políticas e destinação de recursos na

saúde. O PMAQ-AB também buscava estimular a qualidade e a ampliação do acesso na APS. Este programa era estruturado a partir de quatro etapas: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento (quando ocorriam as avaliações de trabalhadores e usuários); 3) avaliação externa (por parte de equipe do Ministério da Saúde) e 4) recontratualização. O PMAQ-AB também teve a intenção de promover maior transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade para projetos que estavam sendo desenvolvidos nas diversas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Brasil. Porém, o PMAQ-AB foi extinto em 2019 quando lançada a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 do Ministério da Saúde, o qual estabeleceu o modelo de financiamento da APS Previne Brasil, o qual estava em vigor desde 2020 até o início de 2024, quando foi suspensa e substituída por outro modelo de financiamento, estipulado pela Portaria Nº 3.493 do Ministério da Saúde, de 10 de abril de 2024.

A Portaria de 2020 não previa em seus componentes avaliações de usuários, nem mesmo de trabalhadores (VIEIRA, 2021; RODRIGUES, 2021), no entanto, a nova portaria prevê, porém sem detalhamento, até o momento, de como serão estas avaliações. Importante ressaltar, mais uma vez, o retorno dos processos de avaliação pelos usuários e trabalhadores, visto que sua ausência configura uma perda relevante no processo de gestão e transparência do SUS, como ocorreu com instituição do Previne Brasil.

Já o outro instrumento validado e recorrentemente utilizado é o PCA-Tool. Este instrumento é complexo e amplo e foi validado para aplicação na população brasileira em 2010 (BRASIL, 2010). Foi criado por Starfield & cols na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* com intuito de avaliar a percepção dos usuários acerca de atributos essenciais da APS a partir de uma escala *Likert*⁹ e foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (STARFIELD, 2001). A versão reduzida do PCATool-Brasil é composta por 23 itens e contempla os atributos essenciais a seguir: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde (avalia utilização e acesso); longitudinalidade; integralidade (avalia serviços disponíveis e serviços prestados) e coordenação (avalia cuidado e sistema de

⁹ Escalas do tipo *Likert* adotam uma escala ordinal que mede níveis de concordância e discordância de respostas de escolha fixa, visando medir atitudes ou opiniões, partindo do pressuposto de que atitudes/opiniões podem ser mensuradas (COSTA JÚNIOR, 2024).

informações); além de outros dois atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária (VIEIRA, 2021).

As avaliações realizadas junto aos usuários, seja por meio dos dois instrumentos aqui citados ou outros instrumentos, permite estreitar a relação entre os profissionais de saúde, os usuários e a gestão. É um mecanismo eficaz visto que permite dar voz ao usuário final do sistema de saúde e acaba aproximando-o do que é previsto com o controle social, mas ressalta-se que isso depende do tipo de instrumento aplicado na pesquisa, visto que, de forma geral, as pesquisas de satisfação surgem na lógica de ouvir o consumidor e baseiam-se em referenciais teóricos relacionados às relações de mercado, afastando-se, portanto, da proposta de participação social na gestão. De qualquer forma, há instrumentos que se distanciam desta lógica, como os já citados PMAQ-AB e PCATool-Brasil e são exemplos de possibilidades para dar voz aos usuários e também aos trabalhadores, o que permite fazer diagnósticos situacionais mais precisos, bem como identificar as necessidades de saúde e direcionar as políticas públicas de forma mais eficiente (CATANANTE, 2017; GONTIJO, 2021).

Os diversos estudos apontam que o fato do usuário ser consultado contribuiu para o fortalecimento do vínculo do cidadão com o serviço, trazendo a ideia de corresponsabilidade pela gestão da sua saúde e da comunidade. Portanto, é facilmente identificada a importância deste tipo de instrumento na gestão participativa no SUS, que não deve ficar restrita à APS, mas ser expandida para os outros níveis de atenção à saúde.

6.3. Educação Popular em Saúde

A educação, entendida como o ato de adquirir conhecimento, vem sendo usada ao longo da história do Brasil como instrumento de dominação, de forma que limitar ou facilitar o acesso à educação possibilita ter controle sobre determinada população. Foi apenas após a ditadura militar, com a redemocratização, que houve ampliação da visão de educação associada à cidadania. Isso permitiu o aumento da participação popular na reivindicação de direitos como saúde, moradia, transporte e a própria

educação, propiciando a organização da sociedade em entidades e associações civis voltadas para a luta por esses direitos (FARIAS, 2008). Nesse sentido, entende-se por que, historicamente, a educação sofre com a falta de investimento. Uma sociedade com baixos níveis educacionais é mais fácil de ser controlada.

A Educação Popular em Saúde, em um primeiro momento, pode ser difícil de ser entendida como mecanismo de participação popular, mas ao ser entendida em seu lugar de mobilizar mudança, entende-se seu papel como facilitador e também instrumento de participação da comunidade. A Educação Popular em Saúde é o modelo de educação que traz conceitos do método educacional de Paulo Freire, que se baseia na construção de conhecimento a partir dos saberes dos próprios indivíduos e da realidade que estes vivenciam. A partir disso, seria possível a construção de uma consciência crítica acerca do modo de viver e de suas nuances, incluindo-se sua relação com a saúde (BARBOSA, 2015; CORREIA, 2010). Este método é revolucionário pois visa não apenas transferir conhecimentos teóricos acerca de determinados assuntos, mas busca que o conhecimento adquirido propicie a reflexão sobre a realidade e seja, desta maneira, instrumento de mudanças e empoderamento. Disto já se entende que, se Educação Popular em Saúde não é um instrumento ou mecanismo propriamente dito de participação popular, o seu papel para que esta ocorra é de suma importância.

A Educação Popular em Saúde traz, portanto, a oportunidade de fortalecer a participação social na saúde e em outras áreas à medida que capacita o indivíduo a compreender-se como cidadão pleno de direitos, capaz de ditar o rumo de sua história individual e coletiva (FARIAS, 2008). Capacitar os indivíduos – usuários ou profissionais – nesta forma de visão de mundo por meio da educação, favorece o empoderamento e o entendimento de direitos para que assim esses sujeitos possam buscá-los, o que contribui para maior diálogo e participação dos indivíduos nos assuntos relacionados à comunidade, especialmente no que tange às políticas de saúde.



Figura 6 – A Educação Popular em Saúde como instrumento para chegar à luta por direitos e por qualidade de vida.¹⁰

Os estudos encontrados na revisão de escopo apresentaram intervenções com usuários e trabalhadores com o intuito de desenvolver a crítica sobre os conceitos de cidadania e participação social a partir da realidade dos participantes, muitas destas intervenções tratam-se de fóruns onde há a interação entre a academia e a comunidade. O artigo de Barbosa (2015) apresenta a experiência no Fórum Permanente de Educação Popular em Saúde, que ocorre dentro da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A experiência relatada neste Fórum aponta como foi elaborada a proposta de desenvolver reuniões entre um núcleo de estudos da universidade e a comunidade para debater saúde.

Nesta proposta, as reuniões ocorreram quinzenalmente, em espaços estratégicos, principalmente próximos das comunidades parceiras da extensão universitária. Essas reuniões contaram com a contribuição de universitários, sindicatos, órgãos públicos, trabalhadores/as formais e informais e, principalmente, integrantes de movimentos sociais e líderes comunitários, ou seja, mobilizando parcelas diferentes da sociedade civil e da comunidade. O artigo aponta ainda que os

¹⁰ Fonte: autora (2024)

temas discutidos nas reuniões dos Fóruns eram escolhidos pelos próprios participantes. O texto aponta como um dos principais ganhos desse tipo de interação entre universidade e comunidade era que a academia se aproxima da realidade e aprende com essa sobre as reais necessidades em saúde, sobre o dia a dia da população e como esta se relaciona com a saúde. Desta forma, além de dar voz e permitir que os próprios usuários aprendam com a partilha de conhecimento entre si, a comunidade acadêmica também aprende sobre como ver a realidade de uma forma diferente (BARBOSA, 2015).

Já o estudo de Farias (2008) mostrou o emprego de outra metodologia também frequentemente usada na Educação Popular em Saúde: a roda de conversa. Neste modelo busca-se construir espaços de partilha, confronto de ideias e entendimento baseado no respeito e liberdade de diálogo entre os participantes com o intuito de se pensar alternativas sobre um mesmo problema, criar corresponsabilidades e pensar o produzir saúde sobre outras óticas, de uma forma mais horizontal (FARIAS, 2008). Nesse estudo, Farias (2008) descreveu uma experiência de roda de conversa entre gestores e como esse método permitiu o compartilhamento de experiências, dificuldades, perspectivas e a autorreflexão dos participantes.

Um dos pontos interessantes da Educação Popular em Saúde é que, apesar de se pensar muito no usuário, ela não se restringe a essa população, mas pode ser usada também com os trabalhadores e gestores. Permite criar a identificação de cidadão pleno de direitos tornando-se importante para cada sujeito, independentemente de seu papel na rede da gestão participativa. Vale ressaltar que o indivíduo, quando instruído em seus direitos de cidadão, muitas vezes procura ativamente participar da vida comunitária, seja em reuniões de associações de moradores, da escola dos filhos, mas também dos demais serviços, como conselhos e espaços para o debate em saúde. Esse movimento, inclusive, favorece a participação por meio dos outros instrumentos mapeados, como a Ouvidoria, a Consulta Pública e a participação em pesquisas de avaliação do serviço pelo usuário.

Tendo em vista tal importância, foi elaborada em 2013 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013). Tal política pauta-se pela participação, controle social e gestão participativa, prioriza a formação e comunicação e produção de conhecimento a partir das vivências dos usuários, além de pautar o cuidado em saúde de forma intersetorial e mantendo diálogos multiculturais. A PNEPS-SUS orienta-se pelos princípios de diálogo, amorosidade,

problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Desta forma, esta política visa colocar em prática o que foi descrito anteriormente com relação à Educação Popular em Saúde, buscando fortalecer os conceitos de cidadania ativa. Fortalecer esta política é também fortalecer a participação da comunidade no SUS e conseqüente esse próprio sistema de saúde.

6.4. Movimentos Sociais Ligados à Saúde

A categoria movimento social teve início ainda na década de 1840, na Europa, desenvolvida a partir do movimento de trabalhadores em que o debate marxista de luta de classes e representação dos trabalhadores se estabelecia à época. Naquele momento histórico, a classe trabalhadora começou a se organizar em sindicatos e partidos criados com o intuito de motivar transformações socioeconômicas e nas relações de produção. Até a década de 1960 esta categoria conceitual fazia referência basicamente a organizações sindicais e partidos comunistas. No entanto, isso foi uma redução conceitual de uma categoria que por si é mais ampla (SANTOS, 2013).

A partir de 1960, com as mudanças do pós-guerra e novas formas de relação institucionais e conflitos de classe, surgiram diferentes pensamentos e teorias que passaram a configurar novos movimentos sociais, ampliando a categoria. Esses novos movimentos sociais proporcionaram o surgimento de novos atores sociais e novas ações coletivas diversas. No Brasil, os distintos movimentos sociais foram impulsionados por reivindicações e lutas urbanas nos anos 1970, em meio à Ditadura Militar, buscando pressionar o Estado por ações no campo social. A princípio teve um potencial mais sociocultural que político (SANTOS, 2013).

No Brasil, foram os movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 que, buscando incorporar e consolidar os direitos sociais, organizaram-se em um grande movimento em prol da saúde como direito de toda a sociedade. Foi assim que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como ficou conhecido, conseguiu congrega diversos movimentos sociais em prol de uma causa comum e trouxeram a

população para o debate que ocorria à época. Foram também os movimentos sociais organizados que criaram correntes que levaram às Diretas Já e à pressão pela redemocratização (PAIM, 2008). Tendo isso em vista, elucida-se o papel que tais movimentos podem ter na sociedade. É importante recordar também que diferente da ideia inicial da categoria “movimentos sociais”, ainda do final do século XIX, hoje, movimentos sociais não se restringem ao campo do trabalho ou da política, muito menos a uma corrente ou pensamento político. Atualmente, existe a categoria movimento social como agregação de sujeitos com ideias semelhantes e que unidos possuem poder de influência sobre determinado setor, muitas vezes, o setor político (SANTOS, 2013).

Movimentos sociais também são uma forma de organização que permite aquilo que Sousa Santos (2002) elabora em seu ensaio *Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências*, que é a busca por uma participação e experiência social que transcenda as formas hegemônicas de vivência na sociedade, ampliando a visão de mundo para além daquilo que é habitualmente dito como a experiência ou meta a ser alcançada. Neste ensaio, Sousa Santos reflete sobre a necessidade de o sul global encontrar seu próprio meio de experienciar o presente, superando a monocultura do saber, questionando aquilo que é posto como conhecimento, vindo de um mesmo centro formativo e de produção das ciências (Sousa Santos, 2002). Pode-se ampliar este conceito para inclusive a forma de participação social, não há uma forma certa ou errada, há diversos modelos dinâmicos e que são construídos a partir da vivência dos indivíduos que se organizam e reorganizam a partir de suas necessidades.

A participação social na saúde por meio de movimentos sociais organizados, portanto, tende a ser a forma que mais impacta em mudanças, com a proposição de políticas e leis, visto que o movimento organizado consegue atingir populações que costumeiramente não participam desses processos (COSTA, 2009). Os movimentos sociais organizados também têm grande força ao realizarem o *advocacy* junto a parlamentares, representantes do judiciário e do executivo, conseguindo dessa forma movimentar pautas no debate, especialmente pautas de minorias e outros grupos menos favorecidos (DALLARI, 1996).

Advocacy é a prática de tentar influenciar o debate de uma pauta específica por meio de comoção popular a fim de atingir interesses específicos na pauta em

questão. O *advocacy* é importante visto ser um dos mecanismos de maior influência na tomada de decisões, sendo que mobiliza muitas vezes a sociedade. Diversas conquistas, políticas e direitos foram alcançados a partir dessa prática e de sua relação com movimentos sociais (DELDUQUE, 2003).

O *advocacy* diferencia-se do *lobby* à medida que este último está relacionado especificamente ao ato de tentar influenciar diretamente uma legislação específica. O *lobby*, ou *lobbying*, pode ser dividido em duas práticas, o chamado *grassroots lobbying* – que ocorre por intermédio do público geral, ou seja, tenta influenciar a população para que esta aja em prol de uma legislação específica, tendo semelhanças com o *advocacy*; e o *lobby* direto, que ocorre por meio de contato direto do interessado com o governo ou os membros do Congresso Nacional (PATRI, 2011).

No entanto, é importante ressaltar que, apesar do *Advocacy* e os movimentos sociais estarem por vezes muito associados a ideias e ao campo político progressista, *advocacy* se refere ao lobby realizado junto aos setores políticos que são capazes de interferir nos rumos de uma determinada política, como citado anteriormente. Desta forma, o *advocacy* não é restrito a pautas de grupos desfavorecidos necessariamente. Da mesma forma, os movimentos sociais atuais não necessariamente se aproximam do que esta categoria representava quando surgiu, como já descrito aqui.

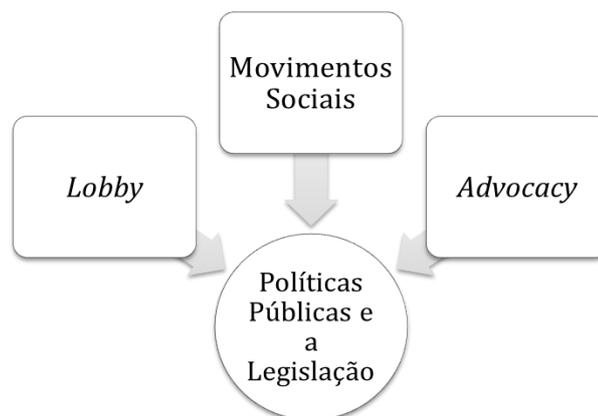


Figura 7 - Algumas forças que influenciam no processo decisório da Legislação e na formulação de políticas públicas.¹¹

¹¹ Fonte: autora (2024)

Na última década tem-se verificado o crescimento de movimentos sociais diversos, e com a onda ultraconservadora e neofascista da última década, surgem também movimentos de massas e grupos posicionados no campo político conservador e muitas vezes defensores de pautas retrógradas. Isso é bem evidente no Brasil, em que nas últimas duas eleições veio se consolidando uma presença mais expressiva no espaço público dos movimentos de orientação liberal, conservadora, muitas vezes extremistas e negacionistas, acirrando o debate político e inclusive reduzindo o diálogo entre diferentes posicionamentos. Por vezes, estes movimentos apoiaram reduzir os próprios direitos de participação e até provocaram movimentos antidemocráticos (DOMÍNGUEZ AVILA, 2023), como o visto no evento de 8 de janeiro de 2024 com a invasão dos três poderes.

Portanto, diante do exposto aqui, ressalta-se o papel crucial dos movimentos sociais na luta por direitos, mas ressalta-se que existem diversos movimentos sociais, com diferentes pautas e que, eventualmente, estes movimentos entram em conflito. É neste momento que se faz ainda mais importante o fortalecimento da democracia, pois é necessário que o debate de ideias ocorra para que se possam pensar novas soluções. Sem diálogo não há democracia.

6.5. Consulta Pública e Audiência Pública

As consultas públicas são ferramentas que permitem à sociedade civil participar democraticamente do processo de construção de normas e políticas. Dessa forma, as consultas públicas consistem em captar e integrar de forma não presencial a opinião dos cidadãos no debate acerca de normativas. Geralmente, possuem um prazo determinado para ocorrer e após a finalização seus resultados devem ser divulgados a partir de um relatório, o qual é publicado pelo órgão responsável, dando, desta forma, a devolutiva da consulta pública aos cidadãos (MOURA, 2022).

Dessa maneira, as consultas públicas são instrumentos de grande relevância visto que permitem o debate a partir da visão dos usuários por meio da coleta de sugestões, críticas, questionamentos e outras manifestações. Podem contribuir e

subsidiar o processo decisório acerca da instituição de determinadas políticas, incorporando as necessidades em saúde da comunidade afetada pela possível política estabelecida e favorecendo a transparência no processo bem como sua legitimação (MOURA, 2022).

O instrumento das consultas públicas é muito utilizado por instituições brasileiras responsáveis pela gestão de tecnologias em saúde em nível federal. Essas participações ocorrem ou na forma de representações em colegiados ou pela participação direta dos cidadãos interessados. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) são exemplos de instituições que utilizam de forma mais evidente as consultas públicas. Lopes (2020) aponta que ANVISA, ANS e CONITEC realizaram ao total 429 consultas públicas e receberam 95.371 manifestações desde a criação deste instrumento, em 2004, até dezembro de 2018, de forma crescente e expressiva nos últimos anos analisados, demonstrando a crescente importância e interesse dados às consultas públicas como forma de participação social.

Lopes (2020) aponta, ainda, a heterogeneidade entre estas instituições no funcionamento das consultas públicas e na implementação destes espaços, principalmente no que tange ao caráter consultivo ou deliberativo dos colegiados, à quantidade de representantes, à forma que ocorrem as consultas públicas, à divulgação destes processos de consulta, bem como à disponibilização de informações sobre as consultas realizadas e ao impacto destas nas decisões finais. Isso pode estar relacionado ao escopo diferente de atuação de cada uma das instituições, bem como a influência distinta da pressão política e social sobre cada uma destas agências, refletindo diretamente na distinta concepção e forma de participação social observadas. Lopes (2020) também aponta que a CONITEC foi a instituição com maior frequência de consultas públicas e que isso pode se dever à obrigatoriedade destas no processo de incorporação de tecnologias em saúde.

Um outro mecanismo de participação social que parte do mesmo princípio de consulta à sociedade, desta vez presencial, são as audiências públicas. Estas possuem legislação própria, sendo previstas desde a CF até o regimento das casas legislativas, em instâncias federais, estaduais e municipais, e são mais um instrumento colocado à disposição dos órgãos públicos para, dentro de sua área de atuação, promover um diálogo com diferentes atores sociais (ZORZAL, 2017). As

audiências públicas ocorrem presencialmente, no espaço do órgão em questão, são coletivas e devem permitir a participação e livre manifestação dos interessados (MARTINS CÉSAR, 2011).

As audiências públicas têm o objetivo de ouvir a população sobre determinado assunto, para então deliberar soluções em conjunto. Podem ocorrer com o intuito de fomentar a discussão acerca de ações do poder público, instruir projetos de lei, como também prestar contas ou coletar informações sobre determinado fato. Servem para conseguir a anuência da população para alguma ação dos governantes. Permitem a participação democrática, estabelecendo o diálogo entre diferentes sujeitos envolvidos na elaboração da normativa na busca de soluções comuns que reduzam os conflitos sociais. Ressalta-se que as audiências públicas não possuem caráter deliberativo e não ocorrem votações nelas, mas são espaços abertos para ouvir os cidadãos e contam com regimento próprio que organiza o debate (MARTINS CÉSAR, 2011; ZORZAL, 2017).

As audiências públicas, assim como as consultas públicas, são mais uma das ferramentas que permitem aproximar o cidadão do debate em saúde, e permite que isso ocorra diretamente, sem necessidade de um intermediário, o que favorece o sentimento do exercício da cidadania pelo usuário, no entanto, também sofrem a divulgação e comunicação deficiente com o usuário comum, ficando, por vezes, restrito a um nicho específico, reduzindo a participação de indivíduos com posicionamentos diversos.

O governo federal lançou em 2021 a plataforma digital Participe Mais Brasil. O projeto da plataforma digital surgiu com objetivo de ampliar a participação social na elaboração de políticas públicas em todas as áreas e criar um canal direto do governo com a sociedade (RIBEIRO, 2021). Atualmente, em 2024, a plataforma Participe Mais Brasil está passando por reformulação para tornar-se a plataforma Brasil Participativo. Nesta plataforma há a sintetização de consultas e audiências públicas em curso de vários órgãos, bem como o resultado de consultas e audiências já realizadas. Também é possível realizar a criação de um perfil de usuário e poder enviar por meio da plataforma manifestações acerca de projetos em desenvolvimento pelo governo federal. O link do site pode ser consultado em <https://www.gov.br/participamaisbrasil/>.



Figura 8 - Tela inicial do Site Participa + Brasil, projeto do governo federal, acessada em maio de 2024.¹²

6.6. Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde, assim como os Conselhos de Saúde, são também estabelecidas pela Lei No 8.142 de 1990. As Conferências em Saúde são espaço de ampliação do debate ocorrido nas conferências locais, geralmente organizadas pelos Conselhos Locais. Dessa forma, as Conferências Nacionais de Saúde são organizadas a partir de etapas em que as primeiras fases são a organização de conferências locais, seguidas das conferências municipais, estaduais e por fim estas avançam para a Conferência Nacional de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde, em geral, ocorrem a cada quatro anos, e as discussões das conferências locais e regionais subsidiam o debate na Conferência Nacional, que, por fim, tem como produto final, além de todo o debate e mobilização gerado, o Relatório Final, com

¹² Fonte: plataforma GOV.BR, disponível em <https://www.gov.br/participamaisbrasil/> (acesso em 20 de abril de 2024)

deliberações, propostas e encaminhamentos que devem subsidiar a gestão da saúde (RICARDI, 2017).

No que tange ao papel das conferências de saúde, tanto locais como a nacional, já está bem legitimado e é consensual a importância destas como local democrático de participação e mobilização de diferentes grupos sociais no acompanhamento e debate das políticas públicas (SANTOS, 2012). As conferências de saúde, assim como os Conselhos de Saúde, preveem obrigatoriamente a participação paritária de distintos segmentos, portanto, as conferências também devem ter a participação de usuários do SUS, profissionais de saúde, e representantes da gestão e dos prestadores de serviços (RICARDI, 2020). No entanto, a partir deste espaço bem definido como potencial de participação democrática, tem-se debatido cada vez mais a real efetividade deste instrumento a fim de potencializá-lo, para que de fato as conferências sejam espaço de deliberações que guiem as políticas de saúde e permitam que o controle social do SUS ocorra (RICARDI, 2017).

Nesse sentido, na última década, mais literatura sobre as Conferências têm surgido, no entanto, ainda há escassez de estudos mais profundos sobre o tema, principalmente se comparado aos Conselhos de Saúde. Ricardi *et al* (2020) traz em sua metassíntese, que analisou 15 artigos referente às Conferências Nacionais que ocorreram entre 1986 e 2016, fazendo um compilado do que se tem sobre o tema das Conferências de Saúde, sintetizando quais as principais barreiras identificadas, bem como também os facilitadores e os encaminhamentos possíveis para se pensar novos formatos. O artigo de Ricardi *et al* (2020) debate cinco eixos acerca das conferências, sendo eles o papel das conferências, a divulgação e mobilização em torno delas, a participação, a organização e realização das conferências, e o resultado e encaminhamento resultante delas.

Um dos grandes desafios das Conferências identificado na referida metassíntese é sobre o papel das conferências, que, apesar de já reconhecida sua importância, ainda é pautada na democracia representativa e, muitas vezes, verticalizada, claramente com uma sobreposição do seguimento da gestão ditando os principais temas. Isso, inclusive, se relaciona com o outro eixo citado, que é o da realização, pois, como tornar espaço de debate um evento de curta duração e que agrega centenas de pessoas, pensamentos e necessidades distintas, sem que isso vire um congresso e perca seu intuito principal que é o de debater saúde com diversos atores envolvidos. É notável que cada vez mais as conferências permitem e

congregam atores diferentes, mas ainda há o entrave de como dar voz aos diferentes sujeitos que participam (RICARDI, 2020).

Também há a dificuldade de pautar na prática aquilo que foi deliberado e passou a fazer parte das prioridades no Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde. Muitas vezes foi identificado que os governos não incorporaram em suas agendas a implantação de estratégias e demandas propostas nas conferências, o que indica uma baixa articulação entre a gestão e a sociedade civil. Por vezes, isso também aponta uma limitação dos conselhos de saúde na efetiva participação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Isso aponta que as conferências, em alguns casos, não influenciaram nas decisões políticas dos conselhos e da gestão. E esse fato acaba por incorrer no sentimento de frustração dos participantes, descredenciando o processo de controle social (RICARDI, 2020).

Outro desafio também apontado na metassíntese é a deficiente comunicação das conferências com a população, tópico este também citado quando tratamos dos conselhos de saúde. Essa dificuldade de comunicação com a sociedade também corrobora para a fragilidade em outros pontos, como a maior participação e mobilização de atores distintos. (RICARDI, 2020).

Estes foram alguns dos principais pontos de avanços e barreiras encontrados na literatura acerca das conferências de saúde. A literatura é clara quanto ao papel já legitimado e importante das conferências como espaço democrático institucionalizado de participação social, bem como também espaço potencial para fortalecimento do controle social. Sistematizar tais avanços e barreiras se faz crucial para que se possa pensar, inclusive nas próprias conferências, sobre novos modelos de conferências, inclusive, com o uso de tecnologia e inteligência artificial que possibilite otimizar e permitir que mais atores estejam envolvidos neste processo.

6.7. Ouvidoria

Em 2003, foi instituída a Ouvidora-geral do SUS, que surgiu a partir da Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, com o propósito de estimular a participação e o acesso do usuário a um processo de comunicação e avaliação dos serviços de saúde a partir de um canal de comunicação direta entre o sistema e a comunidade e usuários. Além de permitir ao usuário ter voz diretamente, as Ouvidorias em saúde também surgiram com a proposta de subsidiar políticas em saúde, visto ter a ótica do usuário final do serviço, e também de estimular a participação no controle social do SUS, como previsto pelos pilares do SUS (BRASIL, 2009).

As Ouvidorias surgem como mais um mecanismo que visa criar um espaço institucional que viabilize o exercício da cidadania pelo usuário do SUS nas políticas de saúde. As Ouvidorias públicas relacionam-se com o exercício da responsabilidade das agências e instituições estatais em expor os erros governamentais e, assim, permitir que haja transparência, responsabilização e melhoria do serviço ofertado. Sendo assim, a Ouvidoria tem o papel de garantir que a demanda do usuário seja considerada e respondida, conforme previsto constitucional e legalmente, almejando adequações para um melhor serviço prestado pela administração pública (FERNANDEZ, 2021).

As Ouvidorias são, portanto, meios de comunicação, que permitem ao usuário exercer a democracia. As Ouvidorias podem receber manifestações dos cidadãos de diversas naturezas, sejam reclamações, sugestões, elogios, denúncias e até a solicitação de informações. A partir da manifestação inicial, é papel da Ouvidoria encaminhar dar a orientação adequada ao usuário, encaminhar a manifestação para o setor de referência e fazer o acompanhamento bem como dar a devolutiva, se for o caso, para o usuário, permitindo, portanto, a resolução do problema trazido pelo cidadão (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, tendo a importância do exercício da cidadania por cada cidadão, sendo mais valorizada sua participação na saúde, em 2007, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, lançou o ParticipaSUS. Esta política surgiu com o objetivo de promover a gestão participativa por meio de novas ferramentas, tais como monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, pesquisas de avaliação pelos usuários, como citado em tópico

anterior, auditorias e reforçar os sistemas de escuta do usuário, as Ouvidorias (CUNHA, 2012). O ParticipaSUS, em seu texto, traz que as Ouvidorias podem ser “fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo” e que devem estar atreladas a maior divulgação e prestação de contas, privilegiando a transparência na gestão do SUS (BRASIL, 2009).

Desta forma, as Ouvidorias fortalecem o SUS à medida que são mais um mecanismo que permite a participação popular na gestão do SUS, bem como fortalece outros princípios, inclusive previstos na Administração Pública, como a transparência.

As Ouvidorias são mecanismos facilitados de participação social e colaboram para a promoção e o exercício da cidadania à medida que fornecem informações estratégicas para subsidiar tomadas de decisões (CUNHA, MAGAJEWSKI, 2012). Tendo em vista a atual conjuntura das redes sociais, é ainda mais célere que as Ouvidorias se adaptem e permitam o acompanhamento em tempo real das manifestações, dando ainda mais transparência a este processo e corroborando para que o cidadão se sinta ouvido e, assim, estimulado a participar mais. Apesar de serem um mecanismo também institucionalizado e conhecido amplamente pela população, ainda há poucos estudos sobre o real impacto e dificuldades encontradas por este mecanismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social na saúde e o próprio SUS foram conquistas da população depois de anos de debate e manifestações em prol de um sistema de saúde inclusivo, abrangente e que fortaleça a saúde como um direito de todas e todos os cidadãos. O SUS já tem mais de 30 anos, mas ainda sofre recorrentemente com o sucateamento e com constantes tentativas de desmonte, patrocinados por movimentos neoliberais que visam a saúde apenas como campo de lucro e não como direito essencial à vida de milhões de brasileiros.

Esta pesquisa conseguiu identificar 7 mecanismos de participação social, seus principais pontos de fragilidade e onde há potência em cada um, fornecendo uma espécie de mapa que mostrou onde estão e como estão cada uma destes espaços de gestão participativa. A partir desse mapeamento, é possível pensar formas de superar as barreiras de cada um dos instrumentos de participação e como fortalecê-los. É possível também pensar novas formas de reinventar estes modelos de participação, especialmente hoje em que a tecnologia pode e ser deve ser aliada da gestão participativa. A inteligência artificial, as redes sociais, e os diversos modos de comunicação que a digitalização da informação permite são ferramentas potentes para incrementar a participação social, aproximando-a do usuário comum, permitindo maior exercício da cidadania.

Desta forma, fortalecer a cidadania e a participação social na gestão do SUS são formas de fortalecer esse sistema de saúde e a própria democracia. Apenas com a população consciente de seus direitos e de sua capacidade e força de mobilização que se poderá manter os direitos já adquiridos e lutar pela abrangência e fortalecimento destes. Apenas por meio de participação democrática e manifestação do povo sobre suas demandas em saúde é que poderá ser construído um SUS por brasileiros e para os brasileiros, que seja instrumentos de promoção da qualidade de vida. A saúde, o SUS vão muito além de hospitais, médicos, medicalização. A saúde passa por direitos sociais e políticos, passa por segurança alimentar, cultural, religiosa, dentre outros aspectos. Saúde, como bem explicitado pelo conceito da OMS de 1947, é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a

ausência de doença”. Entende-se este conceito e vislumbra-se que lutar por saúde não se restringe apenas à saúde, em sua esfera mais tecnicista, mas muito mais, se relaciona a vários outros conceitos, sendo, portanto, um campo transdisciplinar.

Desta forma, o mapeamento das formas de participação social no SUS aqui exposto mostra que é possível que o controle social das políticas de saúde ocorra e que esta participação colabora para uma gestão participativa de fato, que se transpõe para além do campo da saúde. Portanto, a identificação principal desta revisão foi a necessidade de pensar e repensar novos modelos e processos de trabalho que reforcem esses espaços, garantindo o seu funcionamento, visto que já está bem legitimada a importância da participação social. O questionamento agora é sobre como fortalecer esses espaços. Especialmente com relação aos Conselhos de Saúde é preciso reformulá-los em alguns pontos para que os desafios à sua plena funcionalidade sejam superados. Portanto, essa revisão de escopo levantou as possibilidades e apontou para a necessidade de movimento em busca de fortalecer os pontos positivos e a necessidade de se pensar novas formas e modelos, que de fato permitam que a democracia na saúde, mas não apenas neste campo, ocorra.

Apesar das limitações do estudo, decorrentes principalmente da evidência produzida por impossibilidade de realizar-se uma metassíntese, a revisão de escopo serve como ponto de partida para repensar modelos, incentivar novas ferramentas e reestruturar as já existentes, incluindo, principalmente, o campo da tecnologia como aliado no fortalecimento da democracia e da participação social.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE GRB, VAITSMAN J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013Jul;18(7):2059–68. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700021>
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Ed.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- AROUCA S. Democracia é Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1987; Brasília*. p. 35-44.
- AVRITZER L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova* 2000; 50:25-47.
- BAHIA L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(7):e00067218
- BARBOSA A, SILVA J et al. Fórum permanente de educação popular em saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular. *Rev. APS* 2015; 18(4) 554-559
- BISPO JÚNIOR J, SAMPAIO J. Social participation in health in rural northeastern Brazil. *Pan American journal of public health* (2008) 23(6) 403-409
- BOBBIO N. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 17-40.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html
- BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 28 jul 2024.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, 2010. [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Portaria Nº 2.761, De 19 De Novembro De 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRAUN, V.; CLARKE, V.; WEATE, P. Using thematic analysis in sport and exercise research. In: SMITH, B.; SPARKES, A. C. (Eds.). *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise*. New York, NY: Routledge, 2016. p. 191-205.

BUSANA J DE A, HEIDEMANN ITSB, WENDHAUSEN ÁLP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2015 Apr; 24(2):442–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>

CARVALHO DDA, CARVALHO RF. Democracia e direitos sociais: histórico e implicações para as políticas educacionais brasileiras. *Rev katálysis* [Internet]. 2019Sep;22(3):457–67. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n3p457>

CARVALHO JM. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

CATANANTE GV, HIROOKA LB, PORTO HS, BAVA M DO CGGC. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017Dec;22(12):3965–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24982017>

CLARK H, KOONIN J, BARRON GC. Social participation, universal health coverage and health security. *Bull World Health Organ*. 2021 Dec 1;99(12):846-846A. doi: 10.2471/BLT.21.286554. PMID: 34866675; PMCID: PMC8640689.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CORREIA NF. *Educação Popular e Gestão Participativa na Saúde: instituindo espaços*. Brasília. Dissertação [Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas] – Escola Nacional de Políticas Públicas Sérgio Arouca, 2010.

COSTA AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009Jul;14(4):1073–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>

COSTA JÚNIOR JF et al. Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.17, n.1, p. 360-376, 2024

COTTA RMM, CAZAL M DE M, MARTINS PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010Aug;15(5):2437–45. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>

CUNHA PF, MAGAJEWSKI F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. Saude soc [Internet]. 2012May;21:71–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>

DALLARI SG, BARBER-MADDEN R, TORRES-FERNANDES M DE C, SHUQAIR NSMSAQ, WATANABE HA. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. Rev Saúde Pública [Internet]. 1996 Dec;30(6):592–601. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000600014>

DANTAS AV. Saúde e luta de classes: em busca do que e como fazer. In: Ciência e Saúde Coletiva, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05692018.

DELDUQUE MC, BARDAL PAP. Advocacia em saúde: prática cidadã para a garantia do direito à saúde - o caso do Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 . R. Dir. sanit. [Internet]. 9(1):107-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13105>

DOMÍNGUEZ AVILA CF. Movimentos sociais de direita, participação política e qualidade da democracia no Brasil contemporâneo: o momento bolsonariano em perspectiva. Rev. Abya-Yala [Internet]. 14º de março de 2023 [citado 13º de abril de 2024];6(2):112 a 134. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/abya/article/view/45727>

ESCOREL S. A Articulação do movimento Sanitário. In: Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.66-131.

FARIAS AMR et al. Roda de conversa: contribuição da educação popular em saúde à gestão participativa do SUS no município de Paudalho. Monografia [Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco, 2008.

FERNANDEZ MV et al. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2021 v. 31, n. 04 [Acessado 13 Abril 2024] , e310403. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310403>>. ISSN 1809-4481.

FLEURY S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018. P. 31-84.

GARBOIS JA; SODRÉ F; DALBELLO-ARAUJO M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 112 pp. 63-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>. ISSN 2358-2898.<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

GOMES R et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015Aug;20(8):2431–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014>

GONTIJO TL, DUARTE AGS, GUIMARÃES EA DE A, SILVA J DA. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde debate [Internet].

2017Jul;41(114):741–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>

GROSFOGUEL R. Decolonizing Post-Colonial Studies and Paradigms of Political-Economy: Transmodernity, Decolonial Thinking, and Global Coloniality. (2011). *TRANSMODERNITY: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World*, 1(1). <http://dx.doi.org/10.5070/T411000004>

FARIAS AMR et al. Roda de conversa: contribuição da educação popular em saúde à gestão participativa do SUS no município de Paudalho. Monografia [Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco, 2008.

FERNANDES VC, SPAGNUOLO RS. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. *Cie & Sau Col* [online]. 2021, v. 26, n. 02, pp. 387-398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40962020>>.

GOHN MG. Teorias Sobre A Participação Social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Cad CRH* [Internet]. 2019Jan;32(85):63–81. Available from: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>

JAMIL MARQUES FP. O problema da participação política no modelo deliberativo de democracia. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 20, n. 41, fev. 2012, p. 21-35.

LAVALLE, Adrián G. Cidadania, igualdade e diferença. **Lua Nova**, São Paulo: CEDEC, n.59, p.75-94, 2003.

LAVALLE AG, VERA EI. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova* [Internet]. 2011;(84):95–139. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452011000300005>

LESSA S, TONET I. A política e o Estado democrático in: Introdução à filosofia de Marx. Ed Expressão Popular, 2011. p.81-86

LONGHI JC, CANTON GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [1]: 15-30, 2011

LOPES AC DE F, NOVAES HMD, SOÁREZ PC DE. Patient and public involvement in health technology decision-making processes in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54:136. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002453>

LÜCHMANN LHH, ALMEIDA CCR. (2010). A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. *Revista Katálysis*, 13(1), 86–94. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100010>

MALTA DC et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1799-1809, 2018.

MARSHALL TH. Cidadania Classe social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.

MARTINS CÉSAR JB. A Audiência Pública como instrumento de efetivação dos Direitos Sociais. RVMD, Brasília, V. 5, nº 2, p. 356-384, Jul-Dez, 2011

MENDES A, CARNUT L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER_Social [Internet]. 27º de janeiro de 2020 [citado 30º de novembro de 2022];22(46):9-32. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260.

MENEZES AP DO R, MORETTI B, REIS AAC DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe5):58–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

MILANI CRS. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. RAP-Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.

MIWA M, VENTURA C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. Sau em Deb[online]. 2020, v. 44, n. 127, pp. 1246-1254. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722>>.

MORALES SOARES FA. Cidades Invisíveis: Para Uma Crítica Do Conceito De Polis. Revista Archai, núm. 4, enero, 2010, pp. 71-81, Universidade de Brasília.

MOURA RA DE, BASTOS HAD, BRANDT KC DE O, RONCA DB, GINANI VC. A consulta pública na construção da Política Distrital de Alimentação e Nutrição. Saúde debate [Internet]. 2022;46(134):803–18. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213415>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794> [cited 2021 Nov 3]. [Google Scholar] [Ref list]

OUZZANI M et al. . Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews, 2016; 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13643-016-0384-4/FIGURES/6>

PAIM JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate [online]. 2020. v. 43, n. spe 5 [Acessado 10 Dezembro 2023] , pp. 15-28. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.

PAIM JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.25-34.

PATRI ECR DA. Relações governamentais, lobby e advocacy no contexto de public affairs. Organicom [Internet]. 26º de junho de 2011 [citado 17º de abril de

2024];8(14):129-44. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139089>

PETERS MDJ et al. Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E., Munn, Z. (Org). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Disponível em:
<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>. Acesso em: 24 mar. 2024.

RIBEIRO V. Governo federal lança canal de participação em políticas públicas. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/politica/audio/2021-02/governo-federal-lanca-canal-de-participacao-em-politicas-publicas>. Acesso em: 20 abril 2024.

RICARDI LM, SHIMIZU HE, SANTOS LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde debate [Internet]. 2017Sep;41(spe3):155–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S312>

RICARDI LM, SHIMIZU HE, SANTOS LMP. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. Saude soc [Internet]. 2020;29(1):e181084. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181084>

ROCHA DG et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. Ciência & Saúde Coletiva 19 (11): 4313-4322, 2014.

ROCHA MB, MOREIRA DC, BISPO JÚNIOR JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(1):e00241718. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>

RODRIGUES AWD, MELLO EC DE A, CANDEIA RMS, SILVA G, GOMES LB, SAMPAIO J. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2021;45(131):1060–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113109>

ROSSET L. A Democracia Ateniense: Filha De Sua História, Filha De Sua Época. Rev Cult Teol V16, N. 64, jul 2008.

SANTOS CL, SANTOS PM, PESSALI HF, ROVER AJ. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 16 Maio 2022], pp. 4389-4399. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>>.

SANTOS EPFC, MOREIRA DC, BISPO JÚNIOR JP. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. Saú e Soc [online]. 2021, v. 30, n. 3 [Acessado 25 Maio 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200356>>.

SANTOS MA. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Rev katálysis* [Internet]. 2013Jul;16(2):233–40. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>

SANTOS MRC et al. Estrutura da representação social dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre conferência municipal de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 1, p. 121-133, 2012.

SCALLY G, DONALDSON LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 4 de julho de 1998;317(7150):61–5.

SEVERO DO, DA ROS MA. A Participação no Controle Social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, supl.1, p.177-184, 2012

SERAPIONI M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014Dec;19(12):4829–39. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02292013>.

SERAPIONI M, ROMANÍ O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2411-2421, nov, 2006

SHIMIZU HE, PEREIRA MF, CARDOSO AJC, BERMUDEZ XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 8 [Acessado 16 Maio 2022] , pp. 2275-2284. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>>.

SILVA RCC, NOVAIS MAP, ZUCCHI P. Social participation: a look at the representativeness of health councils in Brazil, from Resolution 453/2012. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 02 [Accessed 16 May 2022] , e310210. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310210>>.

SOLAR O, IRWIN A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.

SOUSA SANTOS B. Subjetividade, cidadania e emancipação. *Rev Crit Cien Soc*, 32. 1991: 135 – 189.

SOUSA SANTOS B. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Rev Crit Cien Soc*, 63. 2002: 237 – 280.

SOUZA AV, KRÜGER TR. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 3(1):80-96.

SOUZA LEPF, PAIM JS, TEIXEIRA CF, BAHIA L, GUIMARÃES R, ALMEIDA-FILHO N de, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 Aug;24(8):2783–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>

STARFIELD B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, Nova Jersey, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso em março de 2023.

TRICCO AC et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018

VIEIRA NFC, MACHADO M DE FAS, NOGUEIRA PSF, LOPES K DE S, VIEIRA-MEYER APGF, MORAIS APP, ET AL.. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021;25:e200516. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200516>

WENDHAUSEN A Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2006 Dic [citado 2024 Mar 31]; 80(6): 697-704. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600009&lng=es.

ZORZAL G, CARLOS E. Audiências públicas do Legislativo estadual: fatores endógenos e exógenos na análise da efetividade da participação. *Rev Sociol Polit* [Internet]. 2017Dec;25(64):23–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1678-9873172564>

APÊNDICE A – ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Base de dados	Data da busca	Estratégia utilizada
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	04/03/2023	<p>mh:"Participação da Comunidade" OR Community Participation OR Participación de la Comunidad OR Participation communautaire OR Ação Comunitária OR Ação Comunitária para a Saúde OR Compromisso do Consumidor OR Envolvimento Comunitário OR Envolvimento da Comunidade OR Envolvimento do Consumidor OR Mobilização Comunitária OR Mobilização Social OR Participação Cidadã OR Participação Comunitária OR Participação Popular OR Participação Pública OR Participação do Consumidor OR Participação do Povo OR Participação do Público OR Participação dos Consumidores OR Reforço à Ação Comunitária OR mh:N02.421.143.212 OR mh:N03.540.245.360 OR mh:SP1.852.722 OR mh:SP8.570.498.526.628.528.544 OR mh:SP9.242.315.475.878.232 AND mh:"Gestão em Saúde" OR Health Management OR Gestión en Salud OR Gestion de la Santé OR Capacidade Organizacional OR Capacidade de Gestão OR Gerência em Saúde OR Gestão Estadual em Saúde OR mh:SP1.101.600 AND mh:"Sistema Único de Saúde" OR Unified Health System OR Sistema Único de Salud OR Système de Santé Unifié OR SUS OR Sistema Único de Saúde (SUS) OR mh:SP1.852.900.767.548 OR mh:SP9.242.315.475.901.672 AND mh:"Participação Social" OR Social Participation OR Participación Social OR Participation sociale OR Cidadania Social OR Compromisso Social OR mh:I03.050.750 OR mh:SP8.570.498.526.628.528.633 AND mh:"Cidadania" OR Citizenship OR Ciudadanía OR Cidadania em Saúde OR Naturalização OR mh:I01.880.604.473.326 OR mh:N03.706.437.326</p>
PubMed	18/03/2023	<p>Community Participation [Mesh] OR (Participation, Community) OR (Community Involvement) OR (Community Involvements) OR (Involvement, Community) OR (Involvements, Community) OR (Consumer Participation) OR (Participation, Consumer) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Involvements) OR (Involvement, Consumer) OR (Public Participation) OR (Participation, Public) OR (Community Action) OR (Action, Community) OR (Actions, Community) OR (Community Actions) AND Population Health Management [Mesh] OR (Health Management, Population) OR (Management, Population Health) OR (Population Health Managements) AND Social Participation [Mesh] OR (Participation, Social) OR (Social Engagement) OR (Engagement, Social) OR (Social Citizenship) OR (Citizenship, Social) AND Brazil [Mesh]</p>
Web of Science	02/04/2023	<p>"community participation" AND "Population Health Management" AND "Social Participation" AND Brazil</p>

Embase	02/04/2023	'community participation'/exp AND 'social participation'/exp AND 'population-based health management'/exp OR 'population health management'/exp AND 'Federative Republic of Brazil'/exp OR 'United States of Brazil'/exp OR 'Brazil'/exp
Scopus	02/04/2023	('community AND participation')AND('population AND health AND management')AND('social AND participation')AND(brazil)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Instrumento de extração de dados dos documentos analisados	
Publicação	Título :
	Ano :
	Local :
	Link ou DOI :
	Nível de evidência :
Autoria	
Método	População :
	Contexto :
	Conceito :
Resultados	Ferramenta de participação identificada :
Conclusões	Facilitadores :
	Barreiras :
Ideia central resumida e observações :	
Data da extração dos dados :	/ /

ANEXO A – PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	-
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	-
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	-
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	-
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	-
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	-
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	-
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	-
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	-
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	-
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	-
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	-

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	-
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	-
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	-
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	-
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	-
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	-
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	-
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	-
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	-
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	-