

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: LIMITES E POTENCIALIDADE DE CONSELHOS  
LOCAIS DE SAÚDE DE UMA METRÓPOLE BRASILEIRA**

Neuza de Freitas Raupp Cechinel<sup>a</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-1789-8358>

Mateus Aparecido de Faria<sup>b</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-6622-9949>

Adriana Roesse Ramos<sup>c</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-1349-9560>

Camila Giugliani<sup>d</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-2652-5214>

Cristianne Maria Famer Rocha<sup>e</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

**Resumo**

Este estudo objetiva analisar os motivos associados à participação de usuários em Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por meio de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e individuais com 14 usuários, conselheiros ou não, associados a seis Unidades de Saúde. O *corpus* foi tratado a partir da análise de conteúdo. Ao final, foram identificados fatores que dificultam a participação social, como problemas na comunicação, descrédito sobre impacto de conselhos, falta de infraestrutura adequada, horário das reuniões e situações de violência. Paralelo a isso, também verificaram-se aspectos que facilitam a participação, entre eles: contato com trabalhadoras(es) de saúde, posicionamento ético-político, projetos

<sup>a</sup> Técnica de Enfermagem. Bacharel em Saúde Coletiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [neuzaraupp@gmail.com](mailto:neuzaraupp@gmail.com)

<sup>b</sup> Doutorando em Saúde Coletiva. Técnico-Administrativo em Educação na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [mateusfaria18@gmail.com](mailto:mateusfaria18@gmail.com)

<sup>c</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [adiroese@gmail.com](mailto:adiroese@gmail.com)

<sup>d</sup> Médica de Família e Comunidade. Doutora em Epidemiologia. Professora Associada do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [giugli@hotmail.com](mailto:giugli@hotmail.com)

<sup>e</sup> Doutora em Educação. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [cristianne.rocha@ufrgs.br](mailto:cristianne.rocha@ufrgs.br)

**Endereço para correspondência:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, Santa Cecília. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 90620-110. E-mail: [cristianne.rocha@ufrgs.br](mailto:cristianne.rocha@ufrgs.br)

com comunidade e proatividade. Concluiu-se que fatores impeditivos e facilitadores à participação social pertencem a um mesmo conjunto de problemas e estão interligados, complexificando a situação e colocando em questão a própria participação.

**Palavras-chave:** Participação social. Conselhos de saúde. Controle social formal. Saúde pública.

#### HEALTH SOCIAL PARTICIPATION: LIMITS AND POTENTIALITIES OF LOCAL HEALTH COUNCILS IN A BRAZILIAN METROPOLIS

##### **Abstract**

This study analyzes the reasons associated with the participation of users in Local Health Councils (LHC) of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, by means of a qualitative and exploratory research. Semi-structured, individual interviews were carried out with 14 users, counselors or not, assigned to six Health Units. Data was treated using Content Analysis. In the end, the analysis identified six factors that hinder social participation: communication issues, lack of belief in the councils, lack of adequate infrastructure, meeting times, and situations of violence. Conversely, the factors that facilitate participation were mainly: contact with health workers, ethical-political standing, community projects, and proactivity. In conclusion, impeditive and facilitating factors to social participation belong to the same set of issues and are interconnected, complexifying the situation and putting into question participation itself.

**Keywords:** Social participation. Health planning councils. Social control formal. Public health.

#### PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD: LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD DE UNA METRÓPOLI BRASILEÑA

##### **Resumen**

Este estudio pretende analizar los motivos asociados a la participación de usuarios en Consejos locales de salud (CLS) de Porto Alegre, en Rio Grande do Sul (Brasil), con base en una investigación exploratoria de abordaje cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales con catorce usuarios, consejeros o no, adscritos a seis Unidades de Salud. El corpus fue tratado con la ayuda del análisis de contenido. Los resultados identificaron los factores que dificultan la participación social, como problemas de comunicación, descrédito en el impacto de los consejos, falta de una adecuada infraestructura, horario de las reuniones y situaciones de violencia.

Paralelo a eso, existen factores para facilitar la participación: contacto con los/las trabajadores/as de salud, postura ético-política, proyectos con la comunidad y proactividad. Se concluye que los factores impeditivos y facilitadores en lo que se refiere a la participación social pertenecen a un mismo conjunto de problemas y están interconectados, complejizando la situación y poniendo en cuestión la propia participación.

**Palabras clave:** Participación social. Consejos de salud. Control social formal. Salud pública.

## INTRODUÇÃO

A participação social, ao longo da história da sociedade brasileira, se manifesta por meio de movimentos populares, que vêm mostrando capacidade de construir mudanças e melhorias para a sociedade<sup>1,2</sup>.

O movimento popular em defesa da saúde, revigorado por grupos apoiados pela Igreja Católica e pela militância em bairros pobres periféricos das grandes cidades, tinha como uma de suas principais bandeiras a melhoria das condições de saúde dessas regiões vulneráveis. Em paralelo, o movimento dos médicos contribuiu para o fortalecimento da Reforma da Saúde, que surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e de lutas da categoria por direitos trabalhistas, reivindicando melhores condições de trabalho e mudanças na estrutura de atenção à saúde. Tanto as manifestações médicas como as populares ajudaram a formação do Movimento da Reforma Sanitária, que teve como objetivo a garantia e a ampliação dos direitos do cidadão nas questões de saúde, nas condições dignas de vida para todos os brasileiros, e na participação e controle social na saúde<sup>1-3</sup>.

Os atores sociais engajados na Reforma Sanitária começaram a ver suas conquistas formalizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Entre os principais temas da Conferência, estavam o dever do Estado e o direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Na sequência, a nova Constituição Federal, em 1988, dava ao país o retorno do regime democrático, transformando a saúde em direito e iniciando o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1,2</sup>. Após sua criação, a participação e o controle social nas questões de saúde começaram a ser exercidos via Conselhos de Saúde (CS) e Conferências de Saúde<sup>3</sup>, legitimados pelas Leis nº 8.080/90<sup>4</sup> e 8.142/90<sup>5</sup>.

A primeira, entendida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre os aspectos basilares do sistema sanitário brasileiro, entre eles: diretrizes, princípios, organização e

relacionamento inter-redes para a garantia constitucional do direito à saúde. A participação da comunidade aparece como um dos princípios para o desenvolvimento da política de saúde; porém, é apenas na Lei nº 8.142/90 que tal elemento será melhor explicitado. Isso se deve aos vetos presidenciais realizados à época, sob a justificativa de que o estabelecimento de instâncias de participação social na gestão do SUS extrapolaria a competência do Poder Legislativo, uma vez que tal incumbência é exclusiva do Executivo Federal. A mobilização foi intensa e rápida o bastante para legitimar os conselhos e conferências em outra lei, no mesmo ano e em tempo recorde. Assim, a conhecida Lei de Participação Social no SUS resgatou artigos vetados na Lei nº 8.080/90 e os desenvolveu a fim de fortalecer sua base. Ademais, acrescentou-se aspectos do financiamento do sistema e condições de transferências intergovernamentais<sup>3</sup>.

Sendo assim, a legislação definiu que a Conferência de Saúde deve ocorrer a cada quatro anos e contar com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Por sua vez, os Conselhos de Saúde foram definidos como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com a seguinte composição: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de funcionários do governo e de prestadores de serviços. Nas instâncias correspondentes (municipal, estadual e nacional), os Conselhos de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões são homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada esfera do governo<sup>3</sup>.

Percebe-se que a lei incumbiu aos conselhos dois papéis importantes à garantia de direitos. Um deles é o exercício de controle e fiscalização das políticas de saúde e dos custos envolvidos, tendo grande relevância social. O segundo é relativo ao seu caráter deliberativo e paritário, que possibilita levar em conta interesses distintos e um debate importante em busca dos objetivos do SUS. Ambos os papéis visam criar uma espiral virtuosa, em que a defesa de prerrogativas sociais leva à acumulação de capital social e à ampliação do exercício cidadão para fortalecimento da democracia<sup>6</sup>.

No entanto, essa prática cidadã via Conselho de Saúde não é monolítica, estável ou consolidada nacionalmente. Há desafios estruturais que incluem local de reuniões, definição de estatutos e regulamentos, cumprimento da representatividade necessária, cerceamentos por parte da gestão local do SUS e outros que perpassam a esfera das relações interpessoais e seus conflitos de interesses. Também é inerente aos conselhos a disputa dos discursos destoantes, contrários e divergentes em torno do objeto de controle social que é a saúde<sup>2,3,4-8</sup>.

No município de Porto Alegre, *locus* desta pesquisa, o Conselho Municipal de Saúde foi criado por meio da Lei Complementar nº 277, de 20 de maio de 1992<sup>7</sup>. Ele se configura

como instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Municipal de Saúde, com composição, organização e competências fixadas na Lei Federal nº 8.142/90 e na Lei Complementar nº 277/92. Ademais, possui instâncias descentralizadas e regionalizadas: os Conselhos Distritais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Esses exercem funções similares às do Conselho Municipal de Saúde, viabilizando encontros entre comunidade, serviços de saúde e demais organizações do bairro. As reuniões são abertas aos usuários, trabalhadores e coordenadores das Unidades de Saúde, com direito à voz e voto<sup>6,8</sup>.

Para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde e do controle social, é essencial a participação dos conselheiros representantes dos usuários nesses espaços<sup>2</sup>. Contudo, nos últimos anos tem sido observado o enfraquecimento da participação social, principalmente nos Conselhos Locais de Saúde: “O baixo grau de mobilização e de politização dos movimentos sociais para a defesa dos direitos sociais e da saúde, pode ser responsável, em parte, pela baixa efetividade dos Conselhos e Conferências de Saúde...”<sup>2:586</sup>. Nesse sentido, aprimorar o trabalho dos CLS envolve aumentar a qualidade da democracia e incrementar sua efetividade<sup>3</sup>. Para tanto, é imperativo compreender a situação atual dessas instâncias de participação social e os determinantes de acesso e permanência (ou não) de conselheiros usuários – grupo mais vulnerabilizado nas relações estabelecidas institucionalmente no SUS. Nesse contexto, o objetivo principal desta pesquisa é analisar os motivos associados à participação de usuários em Conselhos Locais de Saúde do município de Porto Alegre (RS).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo possui caráter exploratório de abordagem qualitativa e foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas individuais com usuários de Unidades de Saúde do município de Porto Alegre (RS).

Porto Alegre tem uma população de 1.409.351 habitantes. Suas Unidades de Saúde estão distribuídas em 17 Distritos Sanitários de oito Gerências Distritais, que são estruturas administrativas descentralizadas e funcionam como espaços de discussão de estratégias para a Atenção à Saúde (primária e especializada) no SUS. A pesquisa foi realizada em duas gerências: Glória-Cruzeiro-Cristal, situada na zona sul da cidade, e Partenon-Lomba do Pinheiro, na zona leste. Juntas, elas somam cerca de 323 mil habitantes e possuem 45 Unidades de Saúde, sendo 37 Equipes de Saúde da Família e oito Unidades Básicas de Saúde<sup>8</sup>. A escolha das duas gerências foi realizada em função de serem Distritos Docente-Assistenciais das universidades em que as autoras estão envolvidas. Em cada distrito, foram selecionadas três unidades conforme a conveniência, isto é, acordo da gerência, receptividade das equipes e da população e contatos

prévios das pesquisadoras com as comunidades, considerando o potencial de contribuição para a pesquisa. Já as Unidades de Saúde nas quais o estudo foi realizado foram indicadas, por consenso, pelos partícipes em plenária dos Conselhos Distritais de Saúde das duas gerências, na ocasião da apresentação do projeto de pesquisa para aprovação prévia à realização.

No âmbito das unidades, a escolha de usuários(as) de saúde para o grupo participante desta pesquisa foi feita por indicação da equipe de saúde. Em cada unidade, foram selecionados dois usuários. Um era indicado pela equipe, em reunião e de forma consensual, por sua participação nas questões de saúde, podendo ou não ser conselheiro de saúde. O outro era identificado pelos pesquisadores por meio de contato direto com as comunidades, a partir de uma exploração inicial do território, podendo ser membro de associações comunitárias e instituições locais, como associações de bairro, igrejas e escolas. Dessa forma, o número de participantes foi determinado previamente, de acordo com a definição do número de Unidades de Saúde que participaram do projeto.

Após a determinação dos convidados, entrou-se em contato com cada um deles, por telefone; a proposta da pesquisa foi explicada; e, após concordância em participar, marcou-se a entrevista. No momento da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado.

A definição sobre o número de participantes levou em consideração a saturação das informações trazidas nas entrevistas. Além disso, as pesquisadoras participaram das reuniões dos Conselhos, registrando suas observações em um diário de campo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas conduzidas nas Unidades de Saúde, no período de janeiro a junho de 2018, sendo gravadas e posteriormente transcritas para análise. As entrevistas tiveram tempo médio de quarenta minutos.

A Análise de Conteúdo Temático-Categorial foi utilizada para interpretar as entrevistas e contou com três etapas: (1) pré-análise, na qual se buscou delimitar o *corpus*, hipóteses e objetivos da pesquisa; (2) exploração do material ou codificação, em que agregou-se as falas em partes de interesse, com respectiva indicação de um código à pessoa participante, a fim de garantir o anonimato, atribuindo a letra U para usuário e as letras UC para usuário conselheiro, ambas seguidas de um número correspondente à ordem dos participantes; e, (3) tratamento dos resultados a partir de inferência e interpretação, na qual foi dado relevo aos excertos que auxiliaram na construção da resposta ao objetivo central, utilizando nessa etapa o software MAXqDA<sup>9,10</sup>. Ao fim das análises, foram construídas duas categorias: fatores que facilitam e fatores que dificultam a participação.

Quanto às questões éticas, este artigo é oriundo do projeto de pesquisa desenvolvido por participantes do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), intitulado “Usuários e Trabalhadores

de Saúde fortalecendo a Participação Social no SUS". Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o nº CAEE 43035215.0.3001.5338.

## **RESULTADOS**

O grupo de participantes foi delimitado em 14 pessoas, sendo dez mulheres. Com relação à idade, a média foi de 49,7 anos (mínimo de 19, máximo de 78). Referente à ocupação, seis estão aposentados (42,8%), e três desempregados (21,4%). Dos 14 participantes, cinco são conselheiros de seus CLS e nove são usuários das Unidades de Saúde. Entre aqueles que são apenas usuários, um frequenta com regularidade o CLS como ouvinte; três participam eventualmente como ouvintes; e os outros cinco informaram não participar de seus CLS, apenas frequentando suas respectivas Unidades de Saúde para atendimento. No tocante à representatividade nos Conselhos de Saúde, cinco (35,7%) mencionaram que são conselheiros de saúde representantes dos usuários e nove (64,2%) referiram que são apenas usuários. Quanto ao tempo de participação dos usuários nos CS, seis (42,8%) relataram que frequentam o Conselho de Saúde há mais de um ano; no entanto, desse total, cinco (35,7%) referiram não participar do Conselho Local de Saúde de sua unidade. Os demais três (21,5%) participaram apenas algumas vezes, de forma esporádica.

## **FATORES QUE LIMITAM A PARTICIPAÇÃO**

A falta de divulgação de informação prévia das atividades, como as pautas, as datas das plenárias e outros assuntos, foi mencionada como um fator relevante para a não participação dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde.

*"A gente nem é comunicado, nem fica sabendo." (U1).*

*"É falta de mais informação." (U4).*

*"Não foi divulgado, isso nunca foi divulgado, entendeu?" (U10).*

*"Ninguém foi lá nos chamar, avisar." (U13).*

Atrelado a isso está o constrangimento provocado pela falta de espaço físico/estrutura:

*"Nós não temos espaço, não temos nem centro comunitário." (UC3).*

*"Foi tirado nosso espaço, nós não temos uma pracinha, só temos posto de saúde, a gente se encontra ali." (UC12).*

Segundo os entrevistados, a violência, de modo geral, causa medo e dificulta o acesso a certos locais em determinadas horas do dia ou da noite: "questão de violência, porque eu não quero ser assaltada "ah, tô com medo", porque realmente tem a violência e o perigo." (UC3).

Com o mesmo pensamento, outro entrevistado relatou preocupações acerca da violência, do tráfico no território e do risco que se corre por conta disso. Ele justificou que isso os impede de participar do conselho ou de outras reuniões, pois “tem vários lugares que é crítico passar à noite, no meio da tarde também... assalto rola direto, sempre tem aquele ponto de tráfico, ali, na vila tem gente que fica com medo por causa disso.” (U10).

A falta de tempo devido a diversas atividades, como trabalho, estudo e compromissos familiares, foi outro entrave à participação nos Conselhos de Saúde.

“Eu estudava e trabalhava, daí na verdade eu nem tinha tempo.” (U9).

“Eu estava sempre trabalhando para conseguir pagar o colégio e depois a faculdade e tudo mais, tem gente que não participa por causa disso, eu não participo porque desde que eu tive minha filha, eu estive trabalhando e estudando, tentando correr atrás do tempo perdido.” (U10).

Os participantes ainda referiram que não acreditam em melhorias na saúde, pois sempre faltam recursos básicos como medicação, insumos, médicos, entre outros. Esse descrédito é conferido na fala a seguir.

“As pessoas estão muito decepcionadas com os conselhos de saúde e com a política em geral, que abala também o Sistema Único de Saúde, se eles roubam, eles fazem, acontecem e aí não dá em nada.” (U2).

“Não sei se é por causa da política, para mim, eles não acreditam em nada.” (U13).

Esse distanciamento entre os usuários e o SUS é reforçado por outro participante: “a população, por sua vez, não participa porque não tem conhecimento, porque não sabe nem o que estão fazendo.” (UC3).

### **FATORES QUE FACILITAM A PARTICIPAÇÃO**

Os participantes acreditam que os trabalhadores das unidades são atores fundamentais no processo do fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, estimulando os usuários.

“Eu participei de uma reunião convidada por uma vizinha, depois eu vim quando o agente de saúde passou lá em casa e me convidou.” (U9).

“A equipe estimula, procura divulgar ao máximo.” (UC14).

“A mídia não explora muito, deveria explorar mais, dar um espaço para os conselhos.” (UC5).



Alguns entrevistados mencionaram que gostariam de ser mais incluídos nos espaços de participação, como o Conselho Local de Saúde e a Unidade de Saúde, e que os trabalhadores deveriam chamá-los para algumas atividades dentro da unidade: “o que facilita são os projetos que tem dentro do posto, às vezes, de inclusão das pessoas, tem várias formas de as pessoas participarem.” (U4).

Baseado na compreensão do fortalecimento e ampliação da participação popular nos processos decisórios, alguns entrevistados apontaram a vontade de conquistar/transformar/mudar/unir as pessoas como um motivo para participarem: “se eu conseguir, durante a minha trajetória aqui, mudar uma ou duas pessoas, já estou feliz da vida, essa vontade de querer mudar alguma coisa, fazer a diferença.” (UC7).

Outro usuário acrescentou que, de tanto ouvir reclamações sobre falta de médico, dentista e outros profissionais, decidiu se posicionar: “eu comecei a me interessar mais ainda, porque eu só ouvia reclamação ‘ah, por que não tem médico, não tem dentista’ em vez de reclamar, vamos nos unir e vamos participar.” (UC3).

Um resumo dos fatores apontados pelos participantes é mostrado na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Resumo dos fatores associados à participação de usuários em Conselhos Locais de Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – 2018

Facilitadores	Dificultadores
Contato com trabalhadores de saúde	Problemas na comunicação sobre CLS
Posicionamento ético-político	Descrédito acerca do impacto do CLS
Projetos com comunidade	Falta de infraestrutura adequada
Proatividade	Horário das reuniões
	Violências

Fonte: Elaboração própria.

## DISCUSSÃO

Apesar de não haver restrição por gênero, a maior parte dos participantes foi composta por mulheres. Esse resultado corrobora certa imagem de que o espaço de saúde do cuidado é “naturalmente” feminino, cabendo ao homem performar virilidade e invulnerabilidade. A ausência de mais homens entre os participantes pode ser um reflexo da não presença desse grupo na Unidade de Saúde, seja em ações de promoção da saúde ou atendimento clínico<sup>11</sup>. O perfil dos conselheiros participantes da pesquisa é, em geral, mulher, idosa e sem vínculo de trabalho formal. Outra pesquisa aponta muitas disparidades no perfil de conselheiros de saúde em relação ao gênero e à idade, possivelmente devido aos contextos históricos, sociais e econômicos de cada cidade, dificultando assim qualquer tentativa de comparação ou síntese<sup>12</sup>.

Acerca dos fatores limitadores da participação, percebe-se que a predominância sobre o aspecto comunicacional do conselho é apontada pelos entrevistados que não participam desse espaço. Isso pode indicar um ciclo de “mesmas caras” no controle social: quem tem acesso a informações sobre o Conselho Local de Saúde são aquelas pessoas que possuem certo contato com instâncias de participação ou que podem já participar de outros conselhos de políticas públicas ou associações de bairro. A população em geral tem pouco conhecimento da existência dos Conselhos de Saúde, exceto em municípios pequenos, pelo fato de tais instâncias não utilizarem ostensivamente os meios de comunicação para divulgar assuntos relacionados à saúde<sup>13</sup>. Apesar de estar formalizado o dever da divulgação na agenda das atividades dos Conselhos de Saúde, encontraram-se, neste estudo, relatos apontando pouca divulgação das ações dos CLS aos usuários, contribuindo para a ausência desses em seus respectivos conselhos<sup>14</sup>. Além disso, como mostrado por U1 e U13, há impasses na relação entre unidade e usuários, já que não há chamamentos reconhecidos pela comunidade (bilhetes, cartazes, convite oral etc.). Conforme demonstrado, quando elencado os aspectos facilitadores da participação, a relação entre profissionais de saúde e usuários, assim como a existência de projetos com a comunidade, é preponderante na efetivação do controle social em âmbito local.

A estrutura ou a falta dela também é presente na literatura científica como inibidor da participação social<sup>15</sup>, assim como apontado pelos participantes da pesquisa. Ao retomar os diários de campo, observamos apontamentos relacionados à falta de estrutura adequada para as atividades do conselho, sendo algumas reuniões realizadas em associações de bairro e em Unidades de Saúde, com salas pequenas e sem salubridade. Tal constatação vai ao encontro das críticas relatadas pelos entrevistados, e está em discordância com aquilo preconizado pela legislação, que responsabiliza o prefeito pela garantia do funcionamento dos conselhos, atribuindo ao gestor o papel da promoção de condições básicas de trabalho para que não surjam Conselhos de Saúde destituídos de poder por falta de apoio financeiro, material e humano<sup>14</sup>. Portanto, se a infraestrutura necessária à participação social não está disponível, ainda que haja a vontade política de usuários, como serão efetivadas e garantidas as ações do controle social em âmbito local que visem a luta pela saúde<sup>16</sup>?

Outro ponto relatado como dificultador da participação social foi a violência. Para entender um pouco mais acerca do crescimento desse fenômeno, cabe destacar as considerações realizadas por outro autor<sup>17</sup>, que aponta a violência como diretamente relacionada aos determinantes sociais da saúde e condicionante do acesso da população à rede de cuidado. Moradores de áreas atingidas pela violência sofrem com a falta da segurança estatal, tornando-se expostos e vulneráveis. Eles chegam a ser impedidos de deslocarem-se para o trabalho,

para os serviços de saúde, para as escolas, entre outras atividades, o que lhes ocasiona enormes prejuízos<sup>17</sup>. Nessa mesma situação encontram-se os Conselhos de Saúde: por conta da violência, a participação da população acaba sendo limitada. Nesse sentido, é importante destacar a fala de U10, que enumera ações do tráfico ilegal e de assaltos como determinantes para a participação social e, portanto, para o exercício do direito à saúde na comunidade. Esses eventos são (re) produzidos por desigualdades sociais e pela ausência de garantias de direitos que, por vezes, levam ao uso de recursos violentos, considerados crimes e coibidos pelo Estado.

Tal precariedade da vida é condição *sine qua non* do ser humano em sociedade: somos fracassados quando sozinhos e, para qualquer noção de sucesso, precisamos que o outro habite em nós, permitindo nos constituir na relação com ele, e que a recíproca também seja possível<sup>16,18</sup>. No entanto, certos modos de vida social provocam a distribuição desigual da precariedade, produzindo sujeitos mais prejudicados que outros e provocando naqueles que detêm a ilusória autossuficiência a insensibilidade às demandas dos mais vulnerabilizados. Uma das reações do grupo oprimido, nessa cena precária, é pela via violenta, buscando reaver algo de si que foi cooptado<sup>19</sup>, seja o direito à segurança alimentar ou mesmo à propriedade privada. Isso resvala no direito à participação social, quando as violências se territorializam entre a casa do usuário da Unidade de Saúde e a reunião do Conselho Local.

Aliada a essa condição precária está a falta de tempo, que também foi mencionada em uma pesquisa desenvolvida em um município de Santa Catarina: esse estudo teve como objetivo conhecer os limites e potencialidades da participação a partir do olhar dos representantes dos Conselhos Local de Saúde. Nele, os autores identificaram preocupações, por parte de alguns conselheiros, em torno do tempo que devem dispor para frequentar as reuniões. De forma similar, nesta pesquisa as participantes U9 e U10 se baseiam no fator tempo para justificar a não participação no CLS. É perceptível que outras jornadas de trabalho não possibilitam flexibilização, ao passo que a rotina de comerciários, aposentados e outras situações de vida parecem ser facilitadoras, já que permitem ao usuário gerir seu tempo para ir às reuniões. Porém, não é razoável que imposições de sistemas trabalhistas/educacionais limitem os desejos e os direitos das pessoas. Portanto, nesse sentido, as atividades envolvendo o conselho deveriam ser organizadas para evitar conflitos de horário<sup>20</sup>, inclusive oferecendo alternativas de transmissão e acompanhamento por tecnologias de informação e comunicação.

Por outro lado, marcadores de diferenças como raça/etnia, situação econômico-financeira e local de moradia são utilizados por regimes de poder para assujeitar usuários que, mesmo que desejem participar do Conselho Local de Saúde, precisam escolher por qual direito

vão lutar: educação, trabalho digno ou convívio familiar, ou ainda se devem utilizar algum deles como plataforma para garantia de outro, como alguns participantes da pesquisa relataram.

Focando nos fatores que favorecem à participação, conforme apontado, a comunicação também aparece nos relatos obtidos. Os entrevistados mencionam que a divulgação das atividades dos CLS é um fator relevante para a participação e que, portanto, convidar a população a participar deveria ser uma estratégia adotada pelos conselhos.

Para os entrevistados, a divulgação e o convite à população foram consideradas as melhores estratégias para o fortalecimento da participação social. Reforçando isso, outro estudo mostra que o diálogo franco, propositivo e o respeito mútuo entre profissionais e usuários podem servir de estímulo à mobilização comunitária e à participação cidadã<sup>21</sup>. Ademais, o desconhecimento acerca dos assuntos que permeiam o conselho e a falta de divulgação das informações ocasionam distanciamento entre comunidade e mecanismos de participação popular. Esses problemas devem ser corrigidos com maior divulgação das ações para a população em geral<sup>22</sup>. Tal relação comunicativa pode resultar em um compromisso ético-político com a unidade, a comunidade e o sistema de saúde, como demonstrado por UC3 e UC7 – não é sem sentido que esses(as) participantes sejam conselheiros(as). Ao assumirem (e terem a oportunidade para tanto) o exercício do direito à saúde e à participação social na gestão como prerrogativa para seu estar em sociedade, os(as) conselheiros(as) intervêm nos processos organizativos e sociais que os atravessam, construindo um fluxo virtuoso de participação e melhoria dos serviços de saúde.

Em resumo, os resultados apresentados, tanto nesta pesquisa como nos estudos mencionados, evidenciam a importância da divulgação dos assuntos relacionados aos Conselhos de Saúde como ferramenta para potencializar a participação dos usuários. Afinal, indivíduos bem-informados se sentirão mais capacitados para a tomada de decisões, contribuindo assim para o fortalecimento da cidadania e do controle social.

A partir dos relatos aqui apresentados, percebe-se o interesse dos entrevistados em construir uma sociedade com maior participação, fator imprescindível para a garantia do direito à saúde. É necessário que existam cidadãos cientes de seus direitos e deveres, com consciência crítico-reflexiva, para ocuparem o papel que lhes é dado por lei (no caso, de conselheiros) no processo de construção e fortalecimento do SUS<sup>23</sup>.

Em síntese, quando perguntamos aos participantes quais os principais fatores que dificultam/limitam e quais facilitam/motivam a participação nos Conselhos Locais de Saúde, a maior parte das respostas esteve relacionada a dificuldades como falta de segurança no território, falta de tempo para participar, desconhecimento/desinformação, falta de espaço físico e falta de divulgação.

Já com relação aos fatores que ensejam a participação, verificamos que muitos dos entrevistados apresentaram dificuldades na elaboração de respostas. Contudo, alguns participantes apresentaram ideias para melhorar essa questão, tais como: maior divulgação/informação; inclusão dos usuários nos espaços de participação; vontade de conquistar, transformar, mudar e unir; mais segurança, entre outras.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo mostram que os fatores que dificultam e aqueles que facilitam a participação dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde se encontram interligados e pertencem a um mesmo conjunto de problemas: divulgação e conhecimento das ações realizadas neles, estruturas para o funcionamento dos conselhos e condições para a participação (tempo e segurança).

A decepção e o descrédito se contrapõem à vontade de transformar, de tal modo que esses espaços devem ser revistos e potencializados com iniciativas de ações articuladas entre os diferentes setores e atores sociais, para o fortalecimento do exercício da cidadania e a garantia do direito à saúde. Uma ação importante, nesse sentido, passa pela ampla utilização de estratégias de comunicação e divulgação sobre a importância do SUS e dos Conselhos de Saúde, não somente junto aos usuários dos serviços de saúde, mas também aos demais equipamentos sociais presentes nos territórios, como escolas, igrejas e associações comunitárias. Outra importante ação que poderia ser utilizada para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde é a realização das reuniões em dias e horários mais adequados a uma maior participação, levando em consideração as dificuldades apresentadas por usuários e trabalhadores. Por fim, considerando as inúmeras estratégias de comunicação digital atualmente utilizadas e disponíveis (redes sociais, blogs, serviços de mensagens instantâneas etc.), seria importante fazer uso delas para fortalecer o vínculo entre as pessoas e criar mecanismos de rápida comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores. Assim, os conselhos se tornariam espaços mais efetivos para aquilo que foram criados, ou seja, espaços mais democráticos, plurais e abertos às discussões acerca das questões e das tomadas de decisões relativas à saúde.

### **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Neuza de Freitas Raupp Cechinel, Cristianne Maria Famer Rocha e Camila Giugliani.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Neuza de Freitas Raupp Cechinel, Mateus Aparecido de Faria, Adriana Roesse Ramos, Camila Giugliani e Cristianne Maria Famer Rocha.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Neuza de Freitas Raupp Cechinel, Mateus Aparecido de Faria, Adriana Roesse Ramos, Camila Giugliani e Cristianne Maria Famer Rocha.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Neuza de Freitas Raupp Cechinel e Cristianne Maria Famer Rocha.

### **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos pelo financiamento concedido pelo Internacional Development Research Center of Canada (IDRC).

### **REFERÊNCIAS**

1. Paiva CHA, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):15-35.
2. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2013.
3. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJA. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde Debate*. 2013;37(96):139-47
4. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
5. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
6. Gonçalves RS, Hayakawa RI, Gonçalves AO, Serrano ALM. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde Soc. 2013;22(4):1001-13.
7. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Lei Complementar n. 277, de 20 de maio de 1992. Dispõe sobre o conselho municipal de saúde de Porto Alegre. Porto Alegre (RS); 1992.

8. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conselhos Distritais de Saúde [Internet]. 2016 [citado em 2018 nov 1]. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p\\_secao=71](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=71)
9. Oliveira M, Bitencourt CC, Santos ACMZ, Teixeira EK. Thematic Content Analysis: Is There a Difference Between the Support Provided by the MAXQDA® and NVivo® Software Packages? *ReA UFSM*. 2015;9(1):72-8.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
11. Miranda JJ, Rodrigues T, Martins AM, Faria MA, Paula DM, Silva PN, Modena CM. Discursos de gênero e saúde: Debatendo a PNAISH com seus usuários. *Psicol Teori Pesqui*. 2018;34:e3444.
12. Lemos CLS, Bovo KLO, Costa JB, Silveira NA, Cardoso CG. Perfil e visão dos conselheiros municipais de saúde sobre sua atuação. *Rev G&S*. 2016;7(3):1126-39.
13. Paiva FS, Van Stralen CJ, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):487-98.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Brasília (DF); 2012.
15. Moimaz SAS, Schneider L, Tiano AVP, Garbin CAS, Soares GB, Saliba NA. Conselhos de Saúde: análise do funcionamento dos espaços de participação social. *Espac Saúde*. 2013;14(1/2):14-21.
16. Butler J. *Corpos em aliança e a política de ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 2018.
17. Barbar AEM. Primary health care and Latin American territories marked by violence. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e142.
18. Oliveira TRM. Encontros feministas e as possibilidades da política. *Cad Pagu*. 2015;45:567-75.
19. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):2007-16.
20. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):442-9.
21. Bispo Júnior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(102):440-51.

22. Hoppe AS, Magedanz MC, Weigelt LD, Alves LMS, Rezende MS, Fischborn AF, Krug SBF. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. *Cinergis*. 2017;18(Supl.1):335-43.
23. Lopes-Júnior LC, Pereira MJB, Mishima SM. Participação popular e pré-conferência municipal de saúde. *Rev Rene*. 2014;15(3):543-53.

Recebido: 22.2.2019 Aprovado: 24.9.2021