



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Gomes, José Felipe de Freitas; Orfão, Nathalia Halax
Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa
Saúde em Debate, vol. 45, núm. 131, 2021, Outubro-Dezembro, pp. 1199-1213
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369708019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa

Challenges for effective popular participation and social control in SUS management: integrative review

José Felipe de Freitas Gomes¹, Nathalia Halax Orfão¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113118

RESUMO A participação da comunidade constitui um princípio constitucional orientador do sistema público de saúde no Brasil, regulamentado pela Lei nº 8.142 de 1990. Objetivou-se compreender os desafios enfrentados para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foi realizada revisão integrativa da literatura nas bases de dados do PubMed, Lilacs, Scopus, Embase e Web of Science, a partir de descritores indexados e seus sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos completos publicados entre os anos de 1988 e 2020, nos idiomas supracitados. E, para exclusão, teses, dissertações, monografias, manuais e artigos duplicados. Foram selecionados 64 artigos que abordavam como desafios a luta por interesses próprios, a influência político-partidária, o distanciamento entre representantes e representados, a falta ou inadequada capacitação permanente em saúde, a deficiência de infraestrutura dos espaços deliberativos, entre outros. Nesse sentido, para a superação dos obstáculos, é fundamental que seja garantida a pluralidade de membros, critérios transparentes na sua escolha, rotatividade de conselheiros, desenvolvimento de gestão transparente, democratização da informação e capacitação dos conselheiros de saúde, por meio de práticas de educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas de controle social. Participação social.

ABSTRACT Community participation is a constitutional guiding principle of the public health system in Brazil, regulated by Law No. 8.142, of 1990. The objective was to understand the challenges faced for effective popular participation and social control in the management of the Unified Health System (SUS). For this purpose, an integrative literature review was carried out in the databases of PubMed, Lilacs, Scopus, Embase and Web of Science, using indexed descriptors and their synonyms, in Portuguese, English and Spanish. As inclusion criteria, complete articles published between 1988 and 2020 were considered, in the aforementioned languages. And, as exclusion, theses, dissertations, monographs, manuals and duplicate articles. The 64 articles selected addressed as challenges the struggle for their own interests, the political-party influence, the distance between representatives and those represented, the lack or inadequate permanent health training, the lack of infrastructure in deliberative spaces, among others. In this sense, in order to overcome obstacles, it is essential to guarantee the plurality of members, transparent criteria in their choice, turnover of counselors, development of transparent management, democratization of information and training of health counselors, through educational practices permanent.

KEYWORDS Health management. Unified Health System. Social control policies. Social participation.

¹Fundação Universidade Federal de Rondônia (Unir) – Porto Velho (RO), Brasil. gomesjf@hotmail.com



Introdução

Internacionalmente, um dos marcos históricos na defesa da participação comunitária ocorreu em 1978, através da Conferência de Alma Ata, que apresentou como uma de suas deliberações a necessidade de os países implementarem e aplicarem o princípio da participação da comunidade no processo de gestão em saúde, fomentando a autorresponsabilidade entre os diferentes sujeitos sociais¹.

No Brasil, esse marco histórico resultou de intensas lutas democráticas envolvendo diversos atores sociais integrantes do Movimento da Reforma Sanitária em 1970²⁻⁸, e, posteriormente, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foram discutidos o direito à saúde e a necessidade de um modelo de saúde universal, alicerçado pela prática da participação social^{2,9}.

As propostas incorporadas no relatório final da Conferência, contribuíram para a elaboração dos artigos 196 ao 198 da Constituição Federal de 1988¹⁰. Especificamente sobre o princípio da participação da comunidade, este foi reafirmado na Lei nº 8.080 de 1990¹¹, e regulamentado por meio da Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através das seguintes instâncias de participação social: Conferências e Conselhos de Saúde¹², que se caracterizam como espaços públicos deliberativos e de construção da democracia nas três esferas de governo^{13,14}.

Entretanto, a referida participação, apesar de ser prevista legalmente, não constitui, necessariamente, a garantia de sua efetividade nas instâncias colegiadas⁴, pois infere-se que muitos desses espaços institucionalizados não estejam alcançando um efetivo controle social⁹, o que inviabiliza a garantia de uma gestão democrática e participativa no SUS¹⁵.

O termo controle social, em caráter participativo e democrático, é considerado uma realidade recente no processo histórico do Brasil¹⁶, sendo dinâmico e encontrando-se em construção^{17,18}. Pode ser compreendido

como a participação da população, através de seus representantes, na definição, execução, no acompanhamento e no controle das ações do Estado^{7,17,19-24}. Possui como parte de sua estrutura Comissões Intersetoriais que assessoram o plenário, resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social.

A participação popular é considerada uma ferramenta de gestão pública que, no SUS, materializa-se através das instâncias colegiadas, formais ou informais, permitindo, além da democratização, a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil. Através dos espaços de controle social do SUS, garante-se também, a incorporação de demandas sociais vocalizadas por diferentes sujeitos coletivos. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que exista um efetivo controle social e uma gestão participativa, sendo fundamental que sejam (re)conhecidos os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que, consequentemente, prejudicam o pleno exercício do controle social, possibilitando, ainda, que, mediante esse (re)conhecimento, sejam traçadas estratégias que subsidiem a superação dos diversos obstáculos.

Assim, o objetivo deste estudo consistiu em compreender os desafios enfrentados para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do SUS, nas diferentes instâncias colegiadas.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir da questão de pesquisa: 'Como a literatura tem abordado a participação popular e o controle social na gestão do SUS?', na qual a estratégia de busca aplicada estabeleceu-se através do PICO²⁵, em que o acrônimo 'P' (problema) considerou a gestão do SUS, 'I' (fenômeno de interesse) o controle social e o 'Co' (contexto) a participação popular.

Para tal, foram selecionados os descritores no Medical Subject Headings (MeSH), Descritores em Ciência da Saúde (DeCS)

e EMTREE, nos idiomas português, inglês e espanhol, para cada conteúdo, a saber: Gestão do SUS (“Gestão da saúde da população”, “Política de Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Sistemas de Saúde”, “Gestão em saúde”, “Cursos de Capacitação” e “Educação Continuada”), Controle Social (“Conferências de Saúde”, “Conselhos de Saúde” e “Políticas de Controle Social”) e Participação Popular (“Participação da Comunidade”, “Participação Social”, “Planejamento Participativo” e “Controle Social Formal”), sendo que os sinônimos foram combinados por meio do operador booleano OR e os acrônimos pelo AND.

A busca dos artigos científicos foi realizada em novembro de 2020, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), US National Library of Medicine (PubMed), Scopus, Embase e Web of Science por meio do acesso remoto via CAFE no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foram considerados como critérios de inclusão os artigos completos publicados no período entre 1988 e 2020, nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão, teses, dissertações, monografias, manuais e artigos duplicados.

Após selecionar os artigos científicos das bases de dados, foi utilizado o aplicativo de revisão sistemática on-line Rayyan QRCI para remover os duplicados e analisar o critério de elegibilidade, a partir dos títulos e resumos, no qual foram considerados estudos que abordassem os desafios para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do SUS. A avaliação aconteceu por meio de

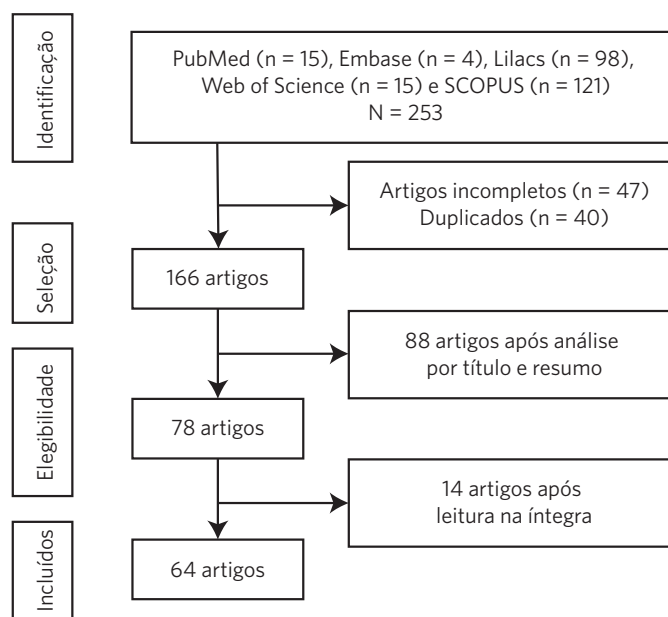
dois pesquisadores independentes, sendo os conflitos sanados por um terceiro avaliador.

As etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos científicos foram apresentadas nos resultados através de um fluxograma de quatro partes, construído conforme a recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)²⁶.

Resultados e discussão

A partir da busca nas bases de dados, foram encontrados 253 artigos científicos, dos quais, 87 foram excluídos por não se caracterizarem como artigos completos (47) e pela duplicidade (40). Após a análise dos títulos e dos resumos dos 166 artigos restantes, 88 foram excluídos por não atenderem ao critério de elegibilidade, apresentando como foco os modelos de controle social realizados em outros países, as políticas públicas de saúde e a política de controle do tabagismo, álcool e obesidade. Totalizaram-se, assim, 78 artigos para leitura na íntegra, dos quais, 14 foram excluídos por abordarem o envolvimento do público e do paciente no processo de incorporação de tecnologias, as bases socioculturais do controle social em saúde indígena, o processo de descentralização do SUS, a vigilância sanitária na agenda do espaço de controle social, as estratégias de capacitação dos conselheiros de saúde e os aspectos estruturais e organizativos das instâncias colegiadas, resultando, portanto, em 64 estudos que compõem esta revisão (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma para seleção dos artigos incluídos nesta revisão de literatura, 2020



Fonte: Adaptado de Moher et al.²⁶.

Nos estudos discutidos na presente revisão de literatura, detectam-se desafios à efetiva prática do princípio constitucional de participação da comunidade nos diferentes canais de participação e controle social, sejam eles formais (Conselhos e Conferências de Saúde) ou informais (Conselhos Locais de Saúde – CLS). Logo, diante das singularidades dos órgãos colegiados, esta discussão apresenta-se estruturada em canais formais e informais de participação popular.

Desafios das instâncias colegiadas formais

A participação social efetiva constitui uma forma de fortalecer o sistema de saúde do Brasil²⁷, exigindo, por vezes, que os diferentes segmentos sociais exerçam oposição a práticas hegemônicas nas diferentes arenas públicas de disputa, especialmente no setor saúde⁴. Entretanto, estudos apontam que, entre os

desafios das instâncias colegiadas, que influenciam negativamente o desempenho dos órgãos de controle social, destaca-se a escassa participação dos conselheiros de saúde nos colegiados^{28,29}, a exemplo dos representantes do segmento de usuários³⁰.

Isso pode ser justificado pela falta de conhecimento dos atores sociais a respeito do controle social^{17,20,23,31-34} e da própria função como conselheiros^{20,28,35}, que, conseqüentemente, resulta em comportamentos de omissão ou até mesmo de conformismo³⁶. Além disso, verifica-se o escasso conhecimento a respeito do regimento interno do próprio Conselho²⁰, o baixo compromisso dos conselheiros com a população que representam, as dificuldades em participar das reuniões, a falta e/ou inadequada capacitação^{18,22,33,34,37-39}, o curto prazo para a avaliação de propostas que exigiam mais tempo de debate e mais dedicação ao estudo dos temas deliberados, a pressão para deliberação de determinados temas⁴⁰, o medo

dos conselheiros de se posicionarem nas reuniões e sofrerem represálias e punições²⁹, tal como ocorreu entre os trabalhadores da saúde⁴¹, deixando, inclusive, de verbalizar seus pontos de vista e opiniões a fim de preservarem seu vínculo empregatício²⁹, interferindo, dessa forma, no andamento das atividades nos Conselhos de Saúde e, consequentemente, dificultando a atuação das instâncias participatórias^{6,15,34,42}.

No que se refere à escassez de capacitações envolvendo os membros dos Conselhos de Saúde, isso pode ser explicado pela falta de interesse dos gestores em qualificá-los e pela elevada rotatividade dos conselheiros³⁸, cujo tempo de mandato, entre os diferentes colegiados, varia de dois a três anos; além da centralização de informações entre os segmentos dos gestores e profissionais da saúde, uma vez que, embora os usuários participem das reuniões, apresentam uma participação com pouca qualidade^{4,14}, inviabilizando ou prejudicando, inclusive, a atuação e o processo de tomada de decisão por parte desses atores sociais^{39,43}.

Nesse sentido, os estudos reforçam que a educação permanente não tem recebido atenção suficiente na agenda e na rotina dos Conselhos de Saúde, comprometendo, assim, a eficácia do monitoramento e do processo deliberativo das políticas públicas, na medida em que o desconhecimento de temas fundamentais interfere na discussão, no funcionamento e nas necessidades do setor saúde^{6,7,14,15,20,34,38,41,43-45}.

Todavia, quando ocorrem tais ações educativas, percebe-se que estas apresentam-se relacionadas ao desenvolvimento de capacitações que utilizam métodos tradicionais, inviabilizando a construção coletiva, cuja efetividade requer práticas dialógicas e de escuta, prerrogativas indispensáveis do controle social⁴⁴, possibilitando, dessa forma, o fortalecimento da autonomia de atuação dos conselheiros e do próprio Conselho de Saúde^{28,46}, assim como proporciona a luta contra a hegemonia do poder sobre a política pública de saúde⁴ e a 'prefeiturização'⁴⁷, enraizadas em algumas

instâncias colegiadas em que prevalecem o autoritarismo, a dominação e a manipulação, prejudicando a consolidação da participação social democrática^{7,19,36}, principalmente diante da manutenção de legislações restritivas, como ocorre em determinados municípios⁴⁸.

A debilidade no processo participativo também está relacionada com a desmotivação dos conselheiros diante das práticas irregulares na realização e/ou convocação para as reuniões dos Conselhos^{15,37} e com o desestímulo perante a dificuldade em exercerem influência nos processos de tomada de decisão dos gestores¹⁴, bem como verifica-se a falta de garantia de que a contribuição da sociedade civil, através da participação nas discussões e deliberações, será realmente efetivada³⁹, assim como a escassez de quórum deliberativo nas reuniões^{22,34}, que ocasionam descrenças entre os atores coletivos quanto à eficácia dos Conselhos de Saúde, principalmente entre os sujeitos comprometidos e atuantes na busca do efetivo exercício do controle social^{34,39}.

O estudo realizado por Pereira et al.³³ apresentou determinados obstáculos ao exercício do controle social pelos promotores de justiça do Ministério Público, entre os quais, citam-se o retrocesso e/ou estagnação do processo de interlocução com os Conselhos de Saúde diante das movimentações da carreira (remoção e promoção), bem como a valorização da atuação judicial em detrimento da intervenção extrajudicial, a falta de autonomia financeira das instâncias colegiadas para articularem sua independência, ausência de planejamento institucional para a uniformização das estratégias em saúde e a relação republicana com o gestor.

De modo complementar, percebe-se que, em muitos casos, há fortes influências políticas, disputas entre os conselheiros de saúde, prevalecendo, eventualmente, práticas autoritárias e revanchismo político entre grupos oligárquicos rivais, principalmente entre os membros que representam os usuários, que, na luta por interesses próprios, desconsideram os interesses coletivos em prol do bem

comum^{2,5,15,18,22,31,36,37,39,40,49}, apesar de haver conselheiros de saúde conscientes a respeito da necessidade de prevalecer o interesse público e coletivo nas decisões do colegiado, em detrimento dos interesses particulares²⁷.

Estudos abordam, ainda, a cooptação de lideranças populares, que prejudicavam, por consequência, as ações do segmento de usuários¹⁵, bem como tem sido evidenciado na literatura que, em certos casos, os Conselhos constituem espaços de conflitos, de envolvimento político-partidário em que, ocasionalmente, prevalecem comportamentos baseados em relações de camaradagem ou que servem apenas como ‘trampolim’ político^{7,49}, o que pode comprometer a autonomia decisória do Conselho e ocasionar danos à população⁴⁹.

Com relação a essa problemática, Coelho⁴ refere que cada instituição/organização, nos Conselhos de Saúde, luta para que seus membros se tornem conselheiros, despertando dúvidas quanto ao real interesse em participar dos órgãos colegiados, cujas reivindicações da base de representação social dos conselheiros não podem sobressair ao interesse coletivo. A autora ainda complementa afirmando que as disputas para ocupar esses espaços sociais são responsáveis pelo surgimento de conflitos que enfraquecem a participação popular democrática.

O distanciamento entre representantes e representados também é um fator que prejudica a consolidação do controle social em saúde, interferindo na legitimidade da representação^{2,5,8,15,18,22,23,30,50}. Estudos complementam, ainda, que muitos conselheiros de saúde, além de não compartilharem as decisões do Conselho com seus representados, também não possuem vínculos com suas bases sociais, o que explica o reduzido interesse, a escassa participação da comunidade nas discussões das políticas de saúde locais e a descrença quanto ao potencial das instâncias participativas em melhorar a qualidade das condições de saúde da comunidade^{6,14,18,23,45,47,49}.

De acordo com Serapioni e Romaní¹⁴, a representatividade dos Conselhos, caracterizada pelo vínculo entre conselheiros e comunidade,

só é possível quando as demandas da população são levadas aos Conselhos e quando, em sentido oposto, as discussões e deliberações são repassadas à comunidade. A existência de vínculos sólidos entre conselheiros e as próprias bases de apoio exige que os representantes se façam cada vez mais presentes junto a seus representados^{14,17,50}.

Ventura et al.³⁴ identificaram tanto o escasso comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia participativa quanto a forte influência da mídia televisiva no Conselho de Saúde, que, em diversos casos, funcionava como o meio utilizado pela população para procurar resolver suas necessidades.

Constatam-se ainda, em diversas arenas públicas de decisão, algumas situações, tais como a ‘elitização’ dos conselheiros de saúde, determinada pelos elevados níveis de escolaridade e renda desses sujeitos sociais, quando comparados à média dos usuários do SUS^{6,41,51,52}, a ‘profissionalização’ dos membros dos Conselhos de Saúde, caracterizada pela sua falta de renovação devido à baixa rotatividade e à ausência de limite para o número de mandatos, ocorrendo, eventualmente, apenas a mudança de conselheiros com relação à instituição representada^{23,34,41,51-53}, sendo uma realidade detectada também nas Conferências de Saúde, em que verifica-se repetitividade de representantes, dificultando a inserção de novos membros e, conseqüentemente, de novas pautas⁵⁴, bem como a existência de ‘policonselheiros’, como são conhecidos os cidadãos que participam de diversos Conselhos³⁷, que implicam, por conseguinte, a perpetuação de práticas que resultam na insuficiência do exercício democrático²⁰.

Entre os aspectos de estrutura, funcionamento e organização das instâncias colegiadas que prejudicavam a prática do controle social no SUS, destacam-se: deficiência de infraestrutura desses espaços públicos, incluindo sede própria e equipamentos básicos^{33,34,45}; falta de apoio administrativo, operacional e financeiro^{8,19,33,34,39}; horários das reuniões e dificuldades do dia a dia (tal como o cansaço

físico após a jornada de trabalho) que inviabilizavam a participação de muitos cidadãos³⁴; disponibilidade de tempo, especialmente entre os representantes de usuários⁴; precária divulgação das ações desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde, dificultando o vínculo com a comunidade pela falta de comunicação e transparência^{8,28,47,52,55}, prevalecendo debates centrados numa abordagem técnico-científica, em detrimento da discussão relacionada à política social⁴¹; falta de acesso e/ou interesse na busca de informações^{20,37,40,45,50}; repetição de pautas nas reuniões³⁴; formulação das pautas exclusivamente pelo presidente do Conselho³¹ ou pelas Secretarias de Saúde e cujas decisões, em sua maioria, já estavam tomadas^{23,43,47,49}.

A respeito dos segmentos sociais que compõem os Conselhos de Saúde, alguns estudos apontam que nem sempre há paridade nesses colegiados, prevalecendo a hiper-representação do segmento dos gestores, que resulta no aumento da sua influência frente ao processo deliberativo^{47,48,53}, bem como verifica-se que, quanto às instituições representadas nos Conselhos, a participação de instituições que representam grupos da sociedade civil bem organizados se sobressai, em detrimento daquelas com menor organização e força social³⁹, havendo, inclusive, a integração de grupos historicamente marginalizados (deficientes, idosos, afro-brasileiros e pessoas vivendo com HIV/Aids e hanseníase), agora atuantes no planejamento de saúde nas arenas públicas de decisão²⁷.

No contexto dos Conselhos de Saúde, detecta-se, também que nesses canais de participação prevaleciam: a existência de pauta apresentada com significativa exposição técnica, além de tensões entre os diferentes segmentos, que transformavam a plenária em verdadeiros campos de batalhas; ausência do segmento gestor nas reuniões, que, por vezes, era interpretada como 'falta de compromisso do governo'²²; deliberações do colegiado não homologadas ou executadas pelo gestor; visão centralizadora com o não reconhecimento dos Conselhos como espaços formais de participação social pelos

governos locais (típicos de práticas autoritárias que, além de limitarem as demais forças presentes no Conselho, interferem diretamente na autonomia financeira e administrativa dos colegiados); dificuldades na integração entre o Conselho e o governo, além das fragilidades no monitoramento, na fiscalização e no acompanhamento das ações sobre as quais havia deliberado^{15,18,30,34,39,48,56}. O exercício financeiro de muitas gestões não havia sido avaliado e, em alguns casos, mesmo diante de irregularidades e/ou superficialidade, sempre era consentido pelos conselheiros, pressionados para que aprovassem imediatamente os balancetes¹⁵, prevalecendo o escasso tempo destinado à análise detalhada dos gastos e a reduzida discussão sobre essa temática^{23,35}. Nesse sentido, salienta-se que a capacidade de parte significativa dos Conselhos de Saúde em controlar e participar da administração dos recursos financeiros pode ser considerada frágil⁵⁰.

Gonçalves et al.⁵⁷ revelam que a escassa disponibilização dos relatórios de prestação de contas em sítios eletrônicos prejudicava o controle social pela sociedade em geral e pelos próprios conselheiros de saúde, pois dificultava o amplo acesso às informações econômico-financeiras, imprescindíveis para um efetivo controle social, além da falta de padronização previamente estabelecida pelas Secretarias de Saúde sobre como deveria ser feita a elaboração de informações de natureza econômica e financeira.

Nesse sentido, as instâncias participativas funcionavam como órgãos de 'enfeite', prevalecendo a capacidade consultiva, em vez da atuação deliberativa, e com postura centralizadora da gestão, refratária ao controle social, com nítido descumprimento dos princípios fiscalizador e democrático, reduzindo os Conselhos de Saúde a meros legitimadores de políticas públicas elaboradas pela gestão^{20,23,35,42,43,47,49,50}, ocasionando sentimento de impotência e distanciamento dos conselheiros das discussões e deliberações^{15,23}. Percebe-se, ainda, uma limitação significativa dos Conselhos de Saúde relacionada à

ausência de autoridade legal em intervir nas decisões governamentais, a fim de que fossem implementadas as deliberações referentes às políticas de saúde³⁹, justificando, assim, o reduzido impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde⁵².

Além do mais, ressalta-se que a participação dos secretários de saúde como membros natos, respaldados pelo regimento interno, desempenhando até mesmo ‘naturalmente’ a função de presidentes do colegiado^{47,58}, mesmo diante de escolhas democráticas, por meio de eleição, ocasionava na sociedade civil uma falta de apropriação quanto à plenitude do exercício democrático do controle social⁴⁸.

A prática burocratizada das instâncias participatórias surge no momento em que há o desequilíbrio de poder entre os diferentes segmentos sociais, ou seja, quando há uma relação assimétrica de poder entre os conselheiros de saúde, resultando, dessa forma, em instâncias colegiadas inacessíveis e frágeis⁴⁷, conforme verificado nas cúpulas das associações nos Conselhos Distritais de Saúde do município do Rio de Janeiro, nas quais prevalecia a relação desarmônica de poder que inviabilizava a participação do cidadão comum para assumir o cargo de conselheiro distrital de saúde – caracterizando a ‘oligarquização’ das associações, representada pela longa permanência das lideranças na direção dessas instituições, bem como pelo controle da cúpula sobre a escolha dos membros –, refletindo, assim, o monopólio da governança, que, historicamente construída, caracterizou a trajetória política brasileira⁵¹.

A fim de que assimetrias relacionadas ao processo decisório diminuam, é fundamental o conhecimento e o acesso à informação para que o Conselho de Saúde atue realmente como órgão deliberativo, com ampliação da capacidade de argumentação dos diferentes sujeitos coletivos, não exercendo meramente papel reivindicativo^{4,24,55}, incluindo a divulgação das decisões para a população de forma clara, com linguagem próxima do universo conhecido por todos²⁴.

Entre outras estratégias, é fundamental para um efetivo controle social a parceria entre os Conselhos de Saúde e os gestores do SUS para a construção de projetos coletivos em que diferentes atores, conjuntamente, potencializem a cooperação, destinada ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde conforme as demandas populacionais locais, em oposição às práticas de cooptação^{17,23}.

Somado a isso, salienta-se a importância da democratização da comunicação e da informação para uma melhor articulação entre governo, instâncias colegiadas e sociedade civil^{7,24}, que pode ocorrer através de informativos¹⁸, jornal² e endereço eletrônico, sendo necessário considerar, nesse caso, as pessoas que não possuem computador, acesso à internet ou que não dominem as tecnologias de informação³⁶ – o que caracteriza como ‘iniquidade digital’ que inviabiliza a busca de informações no ambiente virtual, ocasionando, assim, dificuldades de atuação dos sujeitos sociais diante de discussões e deliberações dos órgãos colegiados³⁸.

Com relação aos instrumentos de gestão do SUS, compreende-se que, em determinadas situações, também se caracterizam como desafios ao controle social devido à ausência de transparência dos gestores quanto à apresentação dos referidos instrumentos, bem como devido à falta de conhecimento e à dificuldade dos conselheiros em analisá-los^{20,35,36,45,55}, que resulta, principalmente, dos diversos termos técnicos e contábeis que os caracterizam, influenciando, inclusive, na recomendação de melhorias através dos pareceres elaborados, bem como devido às precárias infraestruturas, tal como disponibilidade de computador com internet e familiaridade para acessar informações disponibilizadas, principalmente de forma virtual^{36,57}.

Um exemplo disso é o estudo de Pacheco et al.³⁵, em que, apesar de os conselheiros de saúde compreenderem que o controle e a fiscalização da *accountability* das Organizações Sociais em Saúde (OSS) constituem atribuições do Conselho, há entraves estruturais

que impedem operacionalmente tais ações, como a insuficiência de informações ou de transparência na forma como os recursos são utilizados e a prestação de contas com linguajar não acessível a todos, dificultando o acompanhamento e a deliberação de processos das OSS. Sobre isso,

é necessário ter em mente que o controle social não se faz apenas a partir da abundância de informações, mas também do entendimento que o cidadão dela faz³⁵⁽⁸⁾.

Ainda nesse sentido, outro estudo acrescenta que o Conselho não participava da elaboração e da revisão das ações direcionadas ao planejamento em saúde, assim como foi desconsiderada a incorporação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde, que também deveriam fazer parte da programação⁵⁹, revelando que esse órgão colegiado funcionava mais como ‘simulador de participação’, com reduzida efetividade política frente àquilo que era debatido e acordado⁵⁴, sendo inclusive identificada a falta de deliberações propositivas de políticas de saúde originadas pela plenária de conselheiros, sugerindo que o Conselho desempenhava predominantemente a aprovação de propostas oriundas dos gestores⁵⁶.

Observa-se, também, na literatura que as Conferências de Saúde caracterizavam-se, ainda, pela inexistência de vínculos fortes entre representantes e representados, falta de uma representação efetiva, escassa divulgação e insuficiente comunicação para a população a respeito da mobilização para participação, interferência político-partidária, repetitividade acentuada de pautas discutidas, predomínio da defesa dos interesses pessoais (sejam eles individuais, de segmentos ou de grupos sociais), sendo verificado, também, que, ocasionalmente, prevalecia o esquecimento das deliberações geradas nas Conferências de Saúde que, além de não serem efetivadas pela gestão governamental^{54,60}, também não eram retomadas pelos Conselhos, gerando a sensação de desmotivação e descrédito entre

os participantes daquelas instâncias⁵⁴, prejudicando o exercício democrático do princípio constitucional da participação popular no SUS.

Desafios das instâncias colegiadas informais

Apesar de a Lei nº 8.142/90 regulamentar as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de participação social em saúde, nos diferentes níveis de governo, há outras formas de gestão participativa no SUS⁶¹, conforme estabelecido na Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio da criação de espaços descentralizados para o controle social, tais como os CLS, vinculados às unidades de saúde, que visam ao fortalecimento do exercício de cidadania e consolidação do SUS³. Além disso, no processo de descentralização, há os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, integrantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possibilitam a participação e a governança indígena no processo de tomada de decisão⁶².

Além de garantir a participação no processo deliberativo, tais espaços públicos proporcionam, ainda, aos diferentes sujeitos coletivos a possibilidade de acompanhamento, fiscalização, avaliação e indicação de prioridades em saúde a serem aplicadas localmente^{3,61,63,64}, favorecendo o processo e o fortalecimento de organização⁵⁸ e proporcionando a participação social institucionalizada nas comunidades⁶³.

Entre os desafios enfrentados pelas arenas colegiadas descentralizadas, citam-se o interesse pessoal dos usuários e conselheiros de saúde, em detrimento do interesse coletivo^{3,27,47,62,65-68}, a falta de definição das atribuições dos conselheiros – sobressaindo-se tanto a insuficiência de clareza sobre as suas reais funções dentro dos Conselhos quanto a dificuldade em se reconhecerem como conselheiros –, bem como o despreparo desses atores sociais quanto ao desenvolvimento das próprias atribuições nas instâncias colegiadas^{42,62,64-67}, podendo esse despreparo ser explicado pelas pausas prolongadas no

funcionamento dos Conselhos criados há mais tempo²¹, assim como verifica-se o reduzido preparo da população para participar de forma qualificada nos Conselhos⁶⁴, prejudicando, consequentemente, a construção e efetivação do controle social nesses espaços^{3,32}.

Diehl e Langdon⁶² complementam que, no cenário dos Conselhos Locais e Conselhos Distritais Indígenas, muitos indígenas – além de atuarem como conselheiros de saúde – eram também funcionários da Fundação Nacional do Índio (Funai) ou Fundação Nacional de Saúde (Funasa), resultando, dessa forma, em demandas individualizadas por parte desses sujeitos sociais que, em geral, não refletiam os interesses coletivos.

Entre outros aspectos, estudos abordam a descrença da comunidade quanto às atividades desenvolvidas nos CLS, motivada, sobretudo, pelo histórico de frustrações da população com relação à pouca resolutividade dessas instâncias participatórias^{32,65,67}. Tais estudos discorrem, também, sobre a falta de acesso da comunidade a informações sobre a finalidade dos Conselhos⁶⁹, justificando os baixos níveis de mobilização social e envolvimento comunitário³, além de serem detectados outros aspectos: influência da política partidária, horário das reuniões, falta de compromisso/ pertencimento de alguns membros dos Conselhos^{66,67,70}, cultura do clientelismo (especialmente relacionada a interesses partidários ou políticos)⁶⁴, falta de uma política de educação popular e capacitação permanente em saúde, medo de discriminação, reduzida assiduidade de conselheiros nas reuniões (resultando em baixa frequência de reuniões pela falta de quórum), fragilidade na mobilização social^{3,21,42,61,62,65,70}, havendo, ainda, elevada rotatividade de conselheiros²¹ – inclusive entre os conselheiros de saúde indígena⁶² –, dificuldade em utilizar computador e internet, desconhecimento técnico³², centralização do poder, especialmente no segmento dos trabalhadores da saúde, devido ao domínio dos termos técnicos, potencializando a influência desses sujeitos sociais nas decisões e

nos encaminhamentos do colegiado^{21,61}, visto que há uma reconhecida cultura de excessiva valorização do saber técnico nos espaços deliberativos¹⁸.

Nesse sentido, Mittelbach e Perna⁶⁸ relatam que um desafio para um efetivo controle social no Brasil está relacionado à influência política enraizada historicamente em regimes centralizados e autoritários, que resultam, por exemplo, no afastamento de trabalhadores da saúde dos processos da gestão participativa, tendo como resultado a ausência de consciência política.

Além de reduzidas ou ausentes organizações comunitárias, vínculo frágil entre representantes e representados, não remuneração diante da dedicação e do tempo investido, prevalência de uma cultura de cooptação dos representantes de usuários que lutavam por interesses próprios, imediatismo, destaque associado ao cargo, relacionado à possível facilitação de acesso a serviços e exames de saúde; e, por fim, profissionais de saúde com dupla jornada de trabalho e falta de estímulos para participação efetiva^{3,61,68}, em especial, os enfermeiros dos CLS, que acreditam que sua atribuição esteja centrada exclusivamente na divulgação das ações e necessidades dos serviços da Atenção Primária à Saúde⁶⁴ ou reconhecem que seu papel nessas instâncias colegiadas tem sido de orientação dos usuários para que participem delas, acreditando mais na eficácia dessa participação do que na sua própria^{64,68}, despertando, assim, a seguinte reflexão “como ‘convencer’ o outro dos benefícios de algo que não se acredita para si?!”⁶⁸.

Conclusões

Apesar da permanente tradição autoritária e da baixa cultura participativa no Brasil, durante os 30 anos de existência do SUS é possível verificar avanços na descentralização e na democratização das políticas públicas com a participação popular na área da saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde

que constituem-se em canais de participação e controle social que oportunizam a incorporação das demandas sociais verbalizadas por diferentes sujeitos, resultando, assim, na defesa dos interesses coletivos.

Compreende-se que somente através de uma efetiva participação popular tornar-se-á possível a autonomia dos cidadãos, o desenvolvimento de consciência crítica, o fortalecimento da cidadania, a proteção do direito à saúde, bem como a materialização de um SUS efetivo e resolutivo, pois segundo Duarte e Machado¹⁷, “a consolidação do SUS passa pelo fortalecimento do controle social”.

No entanto, os espaços institucionalizados de participação – em especial, os Conselhos de Saúde, considerados arenas públicas de poder, conflito e negociação – vêm enfrentando desafios que influenciam negativamente o

estabelecimento de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade. Para a superação dos diversos obstáculos, é fundamental que seja garantida a pluralidade dos membros, critérios transparentes na sua escolha, conhecimento da função a ser desempenhada nas instâncias, rotatividade e compromisso dos conselheiros, desenvolvimento de gestão transparente, democratização da informação, além de vozes qualificadas, resultantes da capacitação dos conselheiros de saúde através de práticas de educação permanente.

Colaboradores

Gomes JFF (0000-0001-9096-6930)* e Orfão NH (0000-0002-8734-3393)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978. [acesso em 2021 fev 26]. Disponível em: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>.
2. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde debate*. 2003; 27(65):324-335.
3. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* 2012; 22(4):1313-1332.
4. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude Soc*. 2012; 21(1):138-151.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde. *Saude Soc.* 2014; 23(3):884-896.
6. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6):1670-1681.
7. Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(2):56-69.
8. Vieira M, Calvo MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(12):2315-2326.
9. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis.* 2008; 18(1):105-121.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
12. 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.* 31 Dez 1990.
13. Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23):409-426.
14. 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.* 2006; 22(11):2411-2421.
15. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud. Publica.* 2008; 23(6):403-409.
16. Vilaça DSS, Cavalcante DS, Moura LM. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(6):2065-2074.
17. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saude Soc.* 2012 [acesso em 2021 out 28]; 21(1):126-137. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/b4xmzflNMvtFhtVYYnPdn6F/?lang=pt>.
18. Zambon VD, Ogata MN. Controle Social do SUS: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(6):921-927.
19. Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saude Soc.* 2011; 20(3):625-634.
20. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis.* 2009; 19(2):419-438.
21. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saude Soc.* 2009; 18(1):141-153.
22. Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2329-2338.
23. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2275-2284.
24. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(3):683-688.

25. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014.
26. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 2009; 6(6):e1000097.
27. Garcia R. Expanding the Debate: Citizen Participation for the Implementation of the Right to Health in Brazil. *Health hum. Rights*. 2018; 20(1):163-172.
28. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*. 2010; 20(3):853-872.
29. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011; 21(3):1121-1138.
30. Rocha MB, Moreira DC, Bispo Junior JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00241718.
31. Batista AA, Muniz JN, Ferreira Neto JA, et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saude Soc*. 2010; 19(4):784-793.
32. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um Conselho Local de Saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2):442-449.
33. Pereira IP, Chai CG, Dias RS, et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. *Saude Soc*. 2019; 28(2):111-123.
34. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):907-920.
35. Pacheco HF, Leal EMM, Gurgel Júnior GD, et al. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 out 28]; 30(1):e300108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7txQj4snxQsW43Z7prRRxpK/?lang=pt&format=pdf>.
36. Siqueira RL, Cotta RMM, Soares JB. Conhecimentos estratégicos para a participação social no Sistema Único de Saúde. *Mundo Saúde*. 2015; 39(1):32-42.
37. Bispo Júnior JP, Messias KLM, Sampaio JJC. Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA). *Rev baiana de saúde pública*. 2006; 30(2):248-260.
38. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. *Saude Soc*. 2017; 26(1):218-228.
39. Martinez MG, Kohler JC. Civil society participation in the health system: The case of Brazil's Health Councils. *Global health*. 2016; 12(64).
40. Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saude Soc*. 2015; 24(2):556-567.
41. Kezh NHP, Bógus CM, Martins CL. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde. *Saude Soc*. 2016; 25(4):950-963.
42. Silva LMS, Silva RMF, Lima LL, et al. Análise da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. *Saude Soc*. 2012; 21(1):117-125.
43. Gonçalves AO, Silva JFS, Pedrosa JIS. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos Conselhos de Saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):96-105.
44. Da Silva RCC, Novais MAP, Zucchi P. Permanent education as an inalienable responsibility of health

- councils: the current scenario in the Unified Health System. *Clinics*. 2020; (75):e1443.
45. Severo DO, Da Ros MA. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saude Soc*. 2012; 21(1):177-184.
 46. Alencar HH. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. *Saude Soc*. 2012; 21(1):223-233.
 47. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2437-2445.
 48. Zambon VD, Ogata MN. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm. USP*. 2011; 45(4):890-897.
 49. Magalhães FG, Xavier WS. Aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social em um Conselho Municipal de Saúde. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. 2018; 23(75):261-283.
 50. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, et al. Local health governance in central Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2009; (32):131-139.
 51. Labra ME. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde? *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):106-117.
 52. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(3):621-632.
 53. Escorel S, Delgado MM. Perfil dos Conselhos Estaduais de Saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):62-78.
 54. Miranda AS, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, et al. Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de Conferências Municipais de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):559-571.
 55. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, et al. Os Conselhos de Saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(11):4389-4399.
 56. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2431-2436.
 57. Gonçalves RS, Hayakawa RI, Gonçalves AO, et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. *Saude Soc*. 2013; 22(4):1001-1013.
 58. Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(1):89-97.
 59. Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. *Biosci J*. 2013; 29(1):224-230.
 60. Müller Neto JS, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1):68-78.
 61. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2010; 20(4):1227-1243.
 62. Diehl EE, Langdon EJ. Indigenous participation in primary care services in Brazil: Autonomy or bureaucratization? *Reg. Cohes*. 2018; 8(1):54-76.
 63. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011; 21(1):15-30.
 64. Martins ALX, Santos SMR. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saude Soc*. 2012; 21(1):199-209.
 65. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concep-

- ções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):470-478.
66. Junglos C, Amadigi FR, Machado RR, et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare enferm.* 2019; 24(1):e66874.
67. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab. Educ. saúde.* 2016; 14(3):679-698.
68. Mittelbach JCS, Perna PO. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos Conselhos de Saúde enquanto segmentos dos trabalhadores de saúde. *Cogitare enferm.* 2014 [acesso em 2021 out 28]; 19(2):284-291. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31547>.
69. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saude Soc.* 2015; 24(4):1180-1192.
70. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, et al. “O caminho se faz ao caminhar”: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saude Soc.* 2012; 21(1):234-243.
-

Recebido em 17/05/2021

Aprovado em 28/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve