

Potencialidades dos espaços de participação social na atenção primária à saúde para a promoção da cidadania e de políticas públicas locais

Potential of social participation spaces in Primary Health Care for promoting citizenship and local public policies

Potencialidades de los espacios de participación social en la atención primaria a la salud para la promoción de la ciudadanía y de las políticas públicas locales

João Victor Bezerra Ramos¹ , Ayla Nóbrega André¹ , Pedro José Santos Carneiro Cruz¹ 

¹Universidade Federal da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil.

Resumo

Introdução: Em contextos como o atual, no qual políticas públicas e espaços de gestão de cunho participativo têm sido desmontados, enfraquecidos ou extintos na agenda pública nacional, a discussão da participação social no cotidiano dos serviços, especialmente em uma estratégia capilarizada como a Estratégia Saúde da Família, torna-se ainda mais relevante e necessária. **Objetivo:** Assim, o presente manuscrito revela a percepção de usuários, gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família acerca das potencialidades dos espaços de participação social na Atenção Primária à Saúde para a promoção da cidadania e de políticas públicas locais. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 participantes vinculados a cinco Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. Após a organização e sistematização das informações, utilizou-se o método de análise de conteúdo. **Resultados:** As dimensões encontradas foram sumarizadas em cinco ideias-síntese: construção de políticas de saúde com base na compreensão das demandas da comunidade, conforme expressas por seus protagonistas; compartilhamento de conhecimentos e construção coletiva entre equipe e usuários, promovendo a expansão das ações locais em saúde; construção de bases para a cidadania na perspectiva do empoderamento comunitário; fortalecimento de uma atuação dos espaços institucionalizados de participação coerente com as demandas em saúde locais; fragilidades para uma efetiva influência dos espaços de participação social na promoção de políticas públicas locais. **Conclusões:** Assim, a participação social torna-se um fator primordial para a construção de espaços públicos de representatividade e de proatividade de grupos sociais, no planejamento, desenvolvimento e avaliação das políticas de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Participação da comunidade; Política de saúde.

Autor correspondente:

João Victor Bezerra Ramos

E-mail: joaovictor0072@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

sim.

TCLE:

sim.

Procedência:

não encomendado.

Editor Associado:

Thiago Dias Sarti

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 28/03/2022.

Aprovado em: 09/06/2025.

Como citar: Ramos JVB, André AN, Cruz PJSC. Potencialidades dos espaços de participação social na atenção primária à saúde para a promoção da cidadania e de políticas públicas locais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):3419. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3419](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3419)



Abstract

Introduction: In contexts such as the current one, in which public policies and participatory management spaces have been dismantled, weakened, or extinguished in the national public agenda, the discussion on social participation in the everyday life of services, especially in a capillary strategy such as the Family Health Strategy, becomes even more relevant and necessary. **Objectives:** In this manuscript, we show the perception of users, managers, and workers of the Family Health Strategy concerning the potential of social participation spaces in Primary Health Care for promoting citizenship and local public policies. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 33 participants linked to five Family Health Units in the municipality of João Pessoa (state of Paraíba, Brazil). After organizing and systematizing the information, the content analysis method was employed. **Results:** The verified dimensions were summarized in five synthesis-ideas: formulation of health policies based on the understanding of community demands, as stated by their protagonists; knowledge sharing and collective formulation between team and users, thus promoting the expansion of local health actions; creating foundations for citizenship from the perspective of community empowerment; strengthening institutionalized spaces of participation consistent with local health demands; weaknesses for effective influence of spaces of social participation on the promotion of local public policies. **Conclusions:** Social participation becomes a key factor for creating public spaces of representativeness and proactiveness of social groups, in planning, developing, and assessing health policies.

Keywords: Primary health care; Community participation; Health policy.

Resumen

Introducción: En contextos como el actual, en el que las políticas públicas y los espacios de gestión participativa se han desmantelado, debilitado o extinguido en la agenda pública nacional, la discusión de la participación social en la vida cotidiana de los servicios, especialmente en una estrategia capilar como la Estrategia de Salud Familiar, se hace aún más relevante y necesaria. **Objetivos:** Así, en este manuscrito se destaca la percepción de los usuarios, gestores y trabajadores de la Estrategia de Salud Familiar sobre el potencial de los espacios de participación social en la Atención Primaria de Salud para la promoción de la ciudadanía y las políticas públicas locales. **Metodología:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 33 participantes vinculados a 5 Unidades de Salud Familiar en el municipio de João Pessoa (PB). Después de organizar y sistematizar la información, se utilizó el método de análisis de contenido. **Resultados:** Las dimensiones encontradas se resumieron en 5 ideas-síntesis: construcción de políticas de salud basadas en la comprensión de las demandas de la comunidad, tal como las expresan sus protagonistas; intercambio de conocimientos y construcción colectiva entre el equipo y los usuarios promoviendo la expansión de las acciones locales en salud; construcción de fundamentos para la ciudadanía desde la perspectiva del empoderamiento de la comunidad; fortalecimiento de los espacios institucionalizados de participación consistente con las demandas locales de salud; debilidades para una influencia efectiva de los espacios de participación social en la promoción de las políticas públicas locales. **Conclusión:** Así, la participación social se convierte en un factor primordial para la construcción de espacios públicos de representatividad y proactividad de los grupos sociales en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Participación de la comunidad; Política de salud.

INTRODUÇÃO

A participação social configura importante dimensão da dinâmica pública, consistindo no envolvimento de diferentes atores sociais no desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas públicas e sendo parte essencial do exercício da democracia. No Brasil, seu exercício foi estabelecido por lei na Constituição de 1988 e, no setor da saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, a qual insere a participação social na gestão pública e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

A centralidade da participação social como base para a ação pública brasileira pode ser destacada a partir do momento em que os dispositivos acima referidos entendem a necessidade de corresponsabilização entre Estado e sociedade, visando ao diálogo entre as duas partes que possuem voz no processo de decisão no âmbito das políticas públicas.²

A participação social se torna central no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esse é o nível de atenção mais próximo do cotidiano da comunidade, mantendo uma relação articulada entre gestores e usuários.³ Na década de 1990, o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou a participação social um elemento central no conjunto de ações sanitárias locais de promoção integral da saúde, de prevenção em saúde e de luta contra as desigualdades sociais e agravos à saúde da população. A participação social permite a fiscalização e o debate sobre políticas públicas locais que

possam favorecer a comunidade em questão e vir ao encontro das suas necessidades, por colocar o serviço público, por meio da ESF, próximo da realidade dos usuários do SUS.⁴

A proximidade entre a APS e a população é um fator primordial para a construção de espaços públicos de representatividade e de proatividade de grupos sociais. Isso vai conceder a possibilidade de atuação direta na formulação de políticas que atendam ao interesse daquela comunidade local, levando em conta todas as nuances de cada microárea da ESF. Assim, haverá um direcionamento de onde deverão ser investidas as verbas destinadas à saúde daquela população.⁵

Diante disso, a participação social provoca uma descentralização do debate sobre as necessidades de saúde de cada comunidade e o planejamento das ações das equipes de saúde na APS, o que antes era considerado preponderantemente responsabilidade exclusiva dos gestores. Dessa forma, como indicam Brutscher e Cruz,⁵ espera-se que os espaços de participação social na APS possam, paulatinamente, ir fomentando uma perspectiva e uma prática ampliadas de cidadania, na medida em que impulsionam os protagonistas que vivem em cada território, por meio desses espaços de participação social, a exercitar possibilidades e desdobramentos de uma atuação proativa no cotidiano da saúde local, seja vocalizando demandas, críticas e sugestões sobre o serviço prestado, seja efetivamente se corresponsabilizando e oferecendo cuidado e ações promotoras de saúde.⁶

O exercício da participação social torna-se imprescindível para a construção da cidadania e da democratização de políticas públicas, aumentando a efetividade dos serviços.⁷ Em contextos como o atual, no qual políticas públicas e espaços de gestão de cunho participativo têm sido desmontados, enfraquecidos ou extintos na agenda pública nacional,^{8,9} bem como onde o Estado adota uma vertente de aprofundamento da austeridade neoliberal, a discussão da participação social no cotidiano dos serviços, especialmente em uma estratégia capilarizada como a ESF, torna-se ainda mais relevante e necessária.^{10,11}

Diante disso, justifica-se a necessidade do presente artigo, que busca revelar a percepção de usuários, gestores e trabalhadores da ESF acerca das potencialidades dos espaços de participação social na APS para a promoção da cidadania e de políticas públicas locais. Este artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla, realizada pelo Programa de Pesquisa e Extensão Práticas Integrals de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica em Saúde (PINAB), da Universidade Federal da Paraíba, intitulada de “Espaços de participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde: analisando caminhos, dificuldades e desafios com base em experiências na cidade de João Pessoa-PB”.

MÉTODOS

O presente manuscrito apresenta um estudo qualitativo, de cunho exploratório e de característica descritiva. Foi utilizada como metodologia a pesquisa qualitativa, a qual visa compreender a lógica de grupos, instituições e atores capazes de incorporar o significado e a intencionalidade como parte dos atos, relações e estruturas sociais.¹²

Para a etapa empírica do estudo, utilizou-se a estratégia de entrevistas individuais semiestruturadas, na qual os entrevistados pudessem discorrer por meio de respostas livres e espontâneas. As entrevistas ocorreram dentro de Unidades de Saúde da Família (USF), no período entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, no turno da manhã. Foram participantes dessa etapa 33 pessoas, contemplando: cinco médicos (M), cinco dentistas (D), cinco enfermeiros (E), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), cinco técnicos de enfermagem (TE), três gerentes (G) e cinco usuários (U), vinculados a cinco USF. As USF foram escolhidas baseando-se no critério de que fossem caracterizadas como “Unidade Escola”, no Distrito Sanitário II do município de João Pessoa/PB. Nessas Unidades, há o programa de

Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB; além de estágios curriculares de cursos da área de saúde, incluindo módulos horizontais do Curso de Medicina.

A seleção dos entrevistados se deu de maneira aleatória, de acordo com a disponibilidade de tempo, mas respeitando o critério de que houvesse pelo menos um representante de cada equipe de Saúde da Família (eSF), uma vez que as USF selecionadas são unidades integradas, ou seja, contavam com quatro eSF em cada uma, com exceção de uma USF que tinha apenas duas eSF.

As entrevistas com os trabalhadores e os gestores foram realizadas durante os intervalos de atendimento. Com os usuários, elas ocorreram na sala de espera, enquanto eles aguardavam o atendimento. As entrevistas duraram em média 15 minutos cada, foram gravadas nos aparelhos de celular dos entrevistadores e posteriormente transcritas. Como dito anteriormente, o estudo aqui apresentado decorre de uma pesquisa mais ampla, a qual enfocou diversos aspectos da participação social na APS. No tocante à dimensão analisada no presente artigo, os entrevistados contribuíram com a sua visão a respeito das seguintes questões geradoras: em que medida e de que modo se dão interfaces dos espaços de participação na comunidade com o aperfeiçoamento da cidadania no território?; e em que medida e de que modo se dão interfaces dos espaços de participação na comunidade com a construção de ações e de políticas de saúde coerentes com as demandas populares locais?

Para manter o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados com base na inicial de sua função na USF (M, D, E, ACS, TE, G e U). Além disso, para assegurar o anonimato das unidades, cada USF recebeu um número arábico (1, 2, 3, 4 e 5). Dessa forma, M1 seria o médico da USF 1, D2 seria o dentista da USF 2 e assim sucessivamente.

Quanto à organização e sistematização dos dados, foi feita primeiramente a transcrição das entrevistas de cada um dos 33 entrevistados, separadamente por USF. Depois foi realizada uma leitura inicial para apreender aspectos importantes, que foram assimilados por meio do destaque para as falas de alguns entrevistados. A análise das entrevistas foi realizada com base no método de análise de conteúdo estabelecido por Bardin, citado por Mozzato e Grzybovski.¹³ Foi pautada numa primeira leitura flutuante, seguida pela seleção dos documentos que seriam analisados, depois uma análise reflexiva e crítica, na qual ocorreu a concentração e o destaque de informações a serem analisadas. A próxima etapa consistiu na classificação de elementos por similaridade ou por diferenciação, criando categorias de acordo com as ideias em comum. As etapas de interpretação envolvem a decodificação de ideias que estão ocultas nos discursos analisados, portanto a intuição, discussão, criatividade e crítica são essenciais nesse processo.

Para cada USF foi feita uma aproximação de ideias similares que foram levantadas por diferentes entrevistados, as quais foram agrupadas em dimensões. Posteriormente, foi feita uma aproximação de ideias semelhantes que surgiram entre as cinco USF, integrando a percepção de diferentes unidades e dispondo em categorias únicas as que se assemelhavam. De posse dessas informações, foi possível sumarizar as ideias semelhantes entre as duas perguntas em questão, chegando a cinco dimensões principais dispostas nos resultados.

Vale ressaltar algumas limitações do estudo, entre as quais se destaca o clima atarefado dentro de uma unidade de saúde, que por vezes dificultou a realização das entrevistas. Apesar de as entrevistas terem sido feitas de maneira oral, o que facilita a expressão e demanda menos tempo para o entrevistado, ainda houve certa resistência de alguns entrevistados em responder às questões, motivada principalmente pela falta de tempo, que pode ter levado a prejuízos a determinadas falas, pelo possível encurtamento

das respostas. No entanto, tratou-se de uma minoria. Outra limitação foi que os gerentes de duas USF não conseguiram responder à nossa pesquisa, impedidos principalmente pela falta do tempo, o que pode ter acarretado prejuízos ao nosso banco de informações.

Esta pesquisa está em consonância com os preceitos que regem a Portaria nº 466/2012.¹⁴ Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba e aprovada sob o número de parecer 2.706.807. Recebeu a carta de anuência da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, sob o nº 16.077/2018.

RESULTADOS

Feita a análise das respostas dos entrevistados às duas perguntas da pesquisa, foram elencadas quatro dimensões acerca das interfaces dos espaços de participação da comunidade voltadas à promoção da cidadania no território e quatro voltadas à construção de políticas públicas locais. As ideias emergentes estão dispostas na primeira coluna do Quadro 1. Após a leitura crítica e o esforço analítico das oito dimensões elencadas, chegamos a cinco ideias-síntese finais que fundamentarão a nossa discussão, dispostas na segunda coluna do Quadro 1.

Quadro 1. Correlação entre dimensões e ideias-síntese finais.

Dimensões	Ideias-síntese
Identificação das demandas sociais locais (individuais e coletivas)	Construção de políticas de saúde pautada na compreensão das demandas da comunidade, conforme expressas por seus protagonistas
Identificação e compreensão das necessidades de políticas públicas do território	
Ampliação dos conhecimentos dos participantes envolvidos por meio da troca de saberes entre equipe e comunidade	Compartilhamento de conhecimentos e construção coletiva entre equipe e usuários, promovendo a expansão das ações locais em saúde
Promoção de espaços públicos de debate com os usuários e equipe de saúde sobre políticas públicas	
Fortalecimento do sentimento de pertença e de identidade com o território	Construção de bases para a cidadania na perspectiva do empoderamento comunitário
Desenvolvimento de criticidade e consciência do usuário sobre seus direitos	
Comunicação das demandas locais aos gestores e aos representantes políticos	Fortalecimento de uma atuação dos espaços institucionalizados de participação coerente com as demandas em saúde locais
Não existe influência dos espaços de participação social na promoção de políticas públicas locais	Fragilidades para a efetiva influência dos espaços de participação social na promoção de políticas públicas locais

DISCUSSÃO

Construção de políticas de saúde apoiada na compreensão das demandas da comunidade, conforme expressas por seus protagonistas

Esta primeira dimensão correlaciona-se com a ideia de que a construção da cidadania e de políticas coerentes com a demanda local está intrinsecamente ligada à participação social efetiva nos espaços de participação, como elencado pelo E4: “Se a população não vem, não participa, não fala... Quem está lá na frente, como é que vai saber o que acontece no território?”. Para que haja a construção e a implementação das políticas públicas, é necessária uma atuação intersetorial, na qual a sociedade civil

constitui uma parte integrante das políticas públicas.¹⁵ Alia-se a isso o fato de um dos princípios do SUS ser a participação social, garantindo à sociedade o seu direito de participar e intervir na gestão da saúde; assegura-se, então, a inserção popular no processo de controle e na formulação de políticas em saúde.⁴

Percebe-se, portanto, a necessidade de que a população faça uso do seu direito conquistado constitucionalmente para que se tenha a construção e o aperfeiçoamento dessas ações, uma vez que, quando há participação, “a gente entende a necessidade deles [usuários] e a gente faz um planejamento em cima do que aquela comunidade precisa” (D2). A atuação intersetorial possibilita o acionamento de políticas públicas de maneira articulada para que se consiga dar conta da complexidade das dificuldades vivenciadas pela população, perante uma compreensão concreta das necessidades sociais, apoiando-se no princípio da integralidade e na diretriz da participação social.¹⁵ Quando uma comunidade desenvolve sua dimensão participativa, explicita melhor qual é a demanda de seu território, tornando o trabalho dos profissionais focado nessas necessidades e, a partir disso, consegue construir ações e políticas públicas coerentes com as problemáticas elencadas pela população.

Como moradores do território, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem contribuir para esse envolvimento dos usuários de maneira direta e indireta. A direta se dá quando eles exercem seu papel de cidadãos enquanto usuários, uma vez que “moram numa área, que vivem a realidade desses usuários, então, mediante a demanda dos usuários para os agentes de saúde, eles sinalizam para a equipe quais ações de saúde devem ser promovidas naquele determinado local”, como elenca G2. Assim, por serem membros da comunidade e por vivenciarem os problemas pertencentes ao território, eles são protagonistas da construção de ações de acordo com as demandas locais.

Por sua vez, de forma indireta, tem-se que no dia a dia os usuários tendem a se aproximar mais dos ACS para apontar problemas e reivindicar soluções,¹⁶ como elencado pelo ACS2:

Nós, que somos agentes de saúde, nós informamos nas casas, chamamos as pessoas, mas se você é um usuário, você participa do grupo, você tem sua experiência, você sente o que está acontecendo com você, se você está melhorando, de que forma isso está lhe ajudando, se você passa essa informação para outras pessoas é muito mais viável, muito melhor a informação do que a gente passando enquanto profissional da unidade.

Assim, percebe-se a importância do papel do ACS enquanto profissional de saúde, a fim de estabelecer pontes de conexão e de comunicação entre a dinâmica do serviço e a dinâmica social local, sendo considerado um mediador na articulação da resolução das demandas intrínsecas àquele território.¹⁷ Por isso, uma forma de participação social atuante e que também deve ser considerada é a ligação do usuário com a equipe por intermédio dos ACS, na qual seja construído um “modelo de atuar com a comunidade, em que a dialogicidade e ação transformadora sejam construídas na corresponsabilização.”^{17,18}

Considerando-se essa participação como processo, ainda há muito em que avançar, pois o ponto de partida deve ser o território, com suas peculiaridades, por meio de ações sistêmicas e que levem em consideração o saber dos atores sociais que estão envolvidos,¹⁹ como explicado na próxima dimensão.

Compartilhamento de conhecimentos e construção coletiva entre equipe e usuários, promovendo a expansão das ações locais em saúde

Na visão dos participantes deste estudo, os espaços de participação social ensejam situações que oportunizam o compartilhamento de experiências e de ideias entre membros da equipe de saúde e protagonistas

da comunidade. “A gente cria eventos e situações para reunir as pessoas e falar sobre determinados assuntos e políticas”, como relata o M1. Isso favorece o planejamento de ações educativas com base nos interesses dos usuários, ao dialogar com o conhecimento prévio destes.²⁰ Ao participar desses espaços, os usuários convivem com debates e relações reafirmadoras de seus direitos enquanto cidadãos, além de poderem protagonizar a formulação de propostas para o processo da construção de políticas públicas de acordo com suas demandas. Para que a participação social incida na promoção da cidadania ativa e crítica, é fundamental que haja a valorização dos saberes e das experiências dos atores sociais nos processos de construção em saúde. Como enfatizam Brutscher e Cruz,⁵ a educação popular, fundamentada na metodologia educativa de Paulo Freire, constitui uma possibilidade pedagógica e política para o estabelecimento da participação social na APS, servindo para a construção de uma consciência sanitária, como também para a democratização das políticas públicas.²⁰

Um dos espaços citados para essa construção compartilhada é o Orçamento Participativo, destacado pelo participante E2. Essa iniciativa ocorre todo ano nos bairros da cidade de João Pessoa/PB, em prática instituída na gestão municipal desde o ano de 2005. Nos territórios das USFs estudadas, essa atividade envolve as associações de moradores. Há votação do que deve ser melhorado e priorizado na ação da política pública social em cada território, sendo essa ferramenta considerada como uma experiência democrática e bem-sucedida da participação social.²¹

Assim, é indispensável pensar na participação social como um caminho para a constituição de sujeitos ativos e que se movem em direção a um projeto de vida libertador,²² como é expresso pelo G4: “Eles trouxeram o saber popular deles e o que eles ouviram aqui também levaram para as suas residências. Muitos aqui aprenderam ou ajudaram a fazer aqui, e outros viram a horta e fizeram a horta na sua casa, fizeram a horta na sua residência também, entendeu?”. Essa potencialidade para a construção da cidadania dos usuários é importante, pois se trata de “um processo que valoriza principalmente os saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido a sua origem popular”.²²

Durante sua construção, os espaços de participação social podem confluir para o estabelecimento de contextos locais e no serviço de saúde onde se passe a valorizar a diversidade, a heterogeneidade e a intercomunicação entre diferentes atores, além do diálogo entre o saber popular e o saber científico na construção de políticas e criar espaços de troca cultural, diálogo e negociação.²² É essencial, assim, ter o saber das classes populares como ponto de partida para o processo pedagógico da educação em saúde na construção da cidadania e, conseqüentemente, das políticas em saúde, promovendo um debate horizontal e de respeito à cultura popular.²⁰

Nessa direção, o movimento de educação popular em saúde ensina que, para promover cidadania e para envolver ativamente os usuários na construção de políticas públicas locais, os espaços de participação social na APS necessitam valorizar uma perspectiva horizontal da relação entre equipe e usuário, incentivando as trocas interpessoais e as iniciativas da população e reconhecendo, assim, o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade.²⁰ Essa perspectiva é corroborada no momento em que:

Quando eles participam aqui, que a gente faz uma educação como eu já disse, eles vão ter mais uma consciência de que o lixo deles pode entupir um bueiro, e eles podem pegar uma leptospirose. Eles têm alguma noção de que as garrafas que eles juntam no quintal podem ser foco de doença, o que a gente pode dizer é que eles juntem com a boca pra baixo. A gente já vê que eles aderiram bastante a isso, a um plástico amarrado nos baldes com a liga, eu acho que isso tudo é educação popular e tudo isso a gente planta uma semente que prolifera. (TE5)

Portanto, observa-se a participação social como um processo em movimento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos na saúde em cada território, o que promove soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber científico e o popular.²² Assim, a educação popular em saúde ressalta maior participação dos usuários e proporciona exercícios de empoderamento das pessoas das classes populares de forma participativa e dialógica na construção das políticas públicas em saúde e no aperfeiçoamento cidadão.

Construção de bases para a cidadania na perspectiva do empoderamento comunitário

A partir do momento em que se desvela a construção de uma participação social ativa e que a comunidade é valorizada com base no seu saber popular, o sentimento de pertencimento ao território é estimulado, na perspectiva de fomentar o envolvimento concreto dos atores sociais locais na resolução dos principais problemas e desafios de seu território. Essa experiência de vivenciar um protagonismo na construção da vida pública pode contribuir para o empoderamento dos atores no processo saúde-doença e fomentar a formulação de políticas públicas baseadas na construção da cidadania. Como é explicitado a seguir:

Nesses espaços é que a galera vai construindo um pertencimento daquela comunidade. Aí eles passam a perceber que aquele território é dele, que aquele território é dela [...], quando a gente vê aquilo como nosso, a gente passa a querer ver o bem daquilo ali. [...] Esse sentimento de pertencimento, ele produz a sensação de lutar por aquilo mesmo. [...] você acaba criando uma visão maior, uma visão mais global que aí a sua briga não é mais pela sua rua, pela sua casa, sua briga é pelo bairro, por aquela comunidade que você está instalado[...], pra construir uma comunidade que no seu ver seja mais digna. (M4)

A concepção de promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, ressalta a importância de promover o empoderamento da comunidade com o objetivo de construir a cidadania na busca pelo bem-estar coletivo.⁴ “As políticas públicas só serão efetivas enquanto participação social se possibilitarem ações de cunho emancipatório com a perspectiva transformadora das realidades, e este deve ser o foco da saúde coletiva”,¹⁹ pois, de acordo com o ACS1, “quando a comunidade se une, há melhora na saúde e na cidadania. Quando a comunidade não fica reunida, tudo vai por água abaixo. A comunidade unida começa a entender melhor os seus direitos, e começa a absorver que a população unida consegue muito mais coisas”.

Para que a participação possua esse caráter de construção coletiva, é necessário que haja uma busca de convergências e estímulos para que esses atores sociais interajam e participem de forma articulada e propositiva¹⁹. Apesar de isso ser um desafio à participação social, uma potente forma de proporcionar uma participação mais ativa e, assim, o pleno exercício da cidadania “é através da adoção do processo pedagógico libertador proposto por Paulo Freire, em que o empoderamento se torna um modo de os indivíduos serem incitados a tomar as decisões pertinentes à melhoria das suas vidas”.⁴

Assim, os usuários são os sujeitos que mais têm poder em construir essas políticas em saúde; afinal, “a comunidade é quem sabe a necessidade deles, onde está a maior necessidade, e eles é que têm o maior poder de pedir, de cobrar essas políticas públicas, eles têm o direito de chegar e também nos dizer o que eles pensam sobre o caso” (TE5). Acreditamos que as falas dos entrevistados apontam para o desafio de qualificar a participação social na linha de uma relação-ação orientada pela pedagogia freiriana, a qual defende a emancipação dos indivíduos como prioridade para a mobilização de estratégias de qualificação da vida da comunidade.⁴

É importante ressaltar que a dimensão da participação social como forma de empoderamento é considerada por muitos autores como a imagem-objetivo central desse processo, na medida em que o

empoderamento apresenta maiores chances de propiciar o envolvimento ativo, crítico e propositivo dos cidadãos na formulação e na execução de políticas públicas de acordo com a demanda concreta sentida pela comunidade,²¹ o que corrobora a resposta do M3: “A partir do momento em que essas pessoas começam a participar mais, elas começam a ter senso crítico e perceber quais são os direitos que elas têm, reivindicar, ficar mais engajadas.” Dessa forma, consegue-se cultivar nos espaços de participação social algumas possibilidades de ações e de relações voltadas à melhoria da qualidade de vida e ao aprimoramento da autonomia dos cidadãos na tomada de decisões para o exercício efetivo do controle social.¹⁹ “Quando ele [pai de família] vai na reunião, ele move alguma coisa e percebe a potência não só de ações físicas, mas de planejamento também chegam a algum lugar” (M5).

Assim, mediante a construção de uma coletividade com capacidade crítica, pode-se qualificar a possibilidade de reivindicação de “uma atenção à saúde de qualidade, além da efetivação do direito universal à saúde no cotidiano dos cidadãos, conforme afirmado na Constituição de 1988”.²³

Fortalecimento de uma atuação dos espaços institucionalizados de participação coerente com as demandas em saúde locais

Como destacam Brutscher e Cruz,⁵ a participação social em saúde é desenvolvida em vários contextos e cenários dentro da APS, entre os quais estão incluídos tanto espaços de grupos comunitários, movimentos sociais, práticas populares de saúde, associações de moradores, mobilizações e atividades não institucionalizadas, mas essencialmente importantes no contexto local, como também os espaços denominados de institucionalizados, constituintes da estrutura legal e constitucional do SUS e das ações de saúde nas políticas públicas.

A partir da municipalização e da descentralização da saúde, “os conselhos municipais assumiram o papel de fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde nos municípios”.⁴ É nesse contexto que esses espaços institucionalizados de participação social, assim como os Conselhos Locais de Saúde (CLS) e as Conferências em Saúde, configuram como cenários estratégicos de articulação entre o governo e a sociedade, o que exige dos sujeitos envolvidos um “fazer parte efetivo” no desenvolvimento de políticas públicas.²² Nessa dinâmica, o controle social passa a ser um dos alicerces para o fortalecimento da participação social na APS.⁴

Então, através do conselho vêm muitas conquistas, por exemplo, quando as coisas daqui da Unidade o conselho observa que não está saindo bem, o conselho vai lá, tira uma comissão, vai cobrar da gestão ou traz a gestão pra você e diz que aquelas demandas, qual explicação? E a gestão se sente pressionada pelo controle social e vai agir pra dar uma resposta, vai agir para que aquilo seja solucionado o mais rápido possível ou, pelo ou menos, dar uma satisfação. (ACS4)

As falas dos participantes do estudo demonstram o fato desses espaços poderem qualificar a atuação dos usuários nos espaços institucionalizados de participação, como também permitir maior comunicação das demandas locais expressas nesses espaços de participação com as pautas e os debates transcorridos nos espaços institucionalizados. Percebe-se a importância de que a sociedade civil seja empoderada a tal ponto que passe a valorizar e a participar desses espaços para a construção da cidadania e das políticas em saúde, já que as pautas debatidas e os encaminhamentos construídos incidem diretamente na implementação de ações, obras e projetos públicos.^{23,24}

“Para alguns conselheiros, a participação nessa instância institucionalizada tinha o significado de ‘vez e voz’”.²⁵ Por meio das atividades desenvolvidas nos conselhos, busca-se a participação social e

a mobilização comunitária para fortalecer as ações de saúde e o empoderamento dos usuários; esses espaços podem ser entendidos como instrumentos que estimulam a cultura cívica e participativa.²¹

Contudo, como desafio, pode-se apontar que as instâncias institucionalizadas de participação social em saúde mais capilarizadas, ou seja, os CLS, constituem uma instituição pouco visibilizada e valorizada por parte dos cidadãos brasileiros, conforme demonstram Brutscher e Cruz⁵ e Bispo Júnior e Martins²¹.

O parco conhecimento sobre o funcionamento dos conselhos, seus limites e possibilidades surge como obstáculo à participação social nesses espaços, fomentando a tímida acessibilidade à informação por parte da população sobre os conselhos, o escasso interesse e a ausência de grande parte da comunidade nas discussões, o que fragiliza a atuação dos CLS.⁴ Aliada a isso, os espaços institucionalizados enfrentam como desafio certa descrença da população em torno do processo participativo dos conselhos e da atuação dos conselheiros, os quais são, muitas vezes, associados com práticas políticas conservadoras, como dizem Gonçalves e Bógus²⁵ e Brutscher e Cruz⁵, além do M4: “enfim, muitas vezes, eles [conselhos] são usados de uma forma meio equivocada”. Em parte, tal situação pode ser explicada pelo fato de muitos dos espaços institucionais de participação ainda usarem de formas verticais de relação e, contraditoriamente, não priorizarem a compreensão das necessidades concretas da comunidade.

Outro obstáculo está no fato de a visão de parte da população sobre os espaços institucionais de participação ainda estar moderadamente limitada à dimensão burocrática, como elencado pelo M3: “Isso aí é mais uma forma burocrática de conseguir coisas relacionadas ao local”.

A participação social deve estabelecer os conselhos não como espaços burocráticos de autenticação das políticas públicas em saúde, mas como um dispositivo para fortalecer as possibilidades de gestão compartilhada por meio do diálogo, do entendimento e da negociação.⁴ Para mais, esses espaços não podem concentrar em si mesmos todos os processos e dinâmicas atinentes à dimensão da participação social na APS, a qual deve ser mais ampla, necessitando-se do “fortalecimento dos movimentos sociais e da ampliação de alianças com órgãos públicos de controle”.²¹

Assim, é necessário que os atores envolvidos no processo reconheçam e fortaleçam esses dispositivos para que os CLS, os conselhos municipais, as conferências de saúde e outros espaços sejam efetivamente espaços de decisão, de controle social e de implementação de políticas públicas.²⁴ Para tanto, é de suma importância a presença da sociedade civil para a melhoria do SUS e para que os usuários possam exercer sua plena cidadania, como elencado pelo M4:

Enfim, muitas vezes, eles [conselhos] são usados de uma forma meio equivocada, mas na maioria das vezes a gente tem muita gente, muita gente bem engajada, muita gente bem bacana da comunidade ligados nesses espaços e eles acabam tentando construir e trazer ganhos reais pra comunidade que eles estão inseridos.

Para esse fortalecimento da participação social nesses espaços, é interessante incluir o diálogo, criação de canais de informação e a necessidade contínua de ampliar o conhecimento sobre a importância dos conselhos.²

Fragilidades para a efetiva influência dos espaços de participação social na promoção de políticas públicas locais

Ao discutirmos esse item, cabe acentuar que a dimensão de fragilidades e limites quanto à participação social em saúde esteve presente na narrativa das pessoas participantes da pesquisa em diferentes momentos de suas exposições e reflexões ao longo das entrevistas. No entanto, para efeito de organização deste

manuscrito, como para valorizar com maior ênfase as dimensões anteriores contempladas nos demais itens, concentramos a discussão das fragilidades no presente item.

Parte dos entrevistados destacou que não acredita que a participação social seja ferramenta promotora da construção de políticas públicas e da cidadania. Considerando essa compreensão significativa no contexto do nosso estudo, mas ao mesmo tempo ponderando as elaborações da maioria dos entrevistados, a qual confirmou e ilustrou vários aspectos da contribuição dos espaços de participação social da APS na promoção da cidadania e na construção de políticas públicas, entendemos que a melhor expressão síntese da ideia citada não seria a inexistência de relação entre participação e cidadania na APS, mas a fragilidade para sua consecução.

No que tange a essa fragilidade, por um lado, há a ideia de parte dos entrevistados de que os espaços de participação social em saúde se dão apenas entre os atores da própria unidade de saúde na APS, não detendo portanto uma dimensão maior na direção da cidadania, como expresso por D5: “Eu acho que não tem influência, porque é uma coisa mais assim, entre a gente mesmo, [...] às vezes a gente vê uma coisa que a gente está fazendo que pode melhorar”.

Há também a visão de que as políticas públicas são algo distante do poder populacional e que ações no próprio serviço não são passíveis de influir ou incidir no âmbito mais geral da agenda pública:

Desde o tempo que estou aqui, não vejo isso, porque nas reuniões, que seria a oportunidade pra concretizar isso, na verdade acontecem apenas reclamações de marcação de exames, coisas burocráticas, então acaba nem contribuindo na construção das ações e políticas de saúde propriamente ditas (D3).

Ou seja, avalia-se que os espaços de participação se restringem muito mais à resolução ou discussão de questões pontuais do cotidiano do serviço e do acesso do usuário, e menos a uma dimensão estruturante de políticas públicas.

De fato, diferentes autores apontam contradições do processo de organização e de desenvolvimento dos espaços de participação. Entre elas está o fato de, muitas vezes, esses espaços se deterem em dimensões burocráticas da ação do serviço local de saúde e pouco confluem para uma avaliação mais profunda da situação local de saúde e em que medida as ações e serviços oferecidos estão contribuindo para uma resposta concreta às demandas locais. Em que pese toda a potencialidade expressa nos itens anteriores, é coerente dizer que ainda se percebe que tais espaços pouco se dedicam ao planejamento conjunto de ações estruturantes para o enfrentamento aos problemas comunitários.²⁶

Discursos como o expresso pelo entrevistado supracitado chamam a atenção para o fato de que esses espaços não estão “dados”, prontos e concluídos. Sua construção na perspectiva de uma cidadania ativa, crítica e propositiva é, ainda, um desafio a ser enfrentado no cotidiano de cada contexto local de construção da saúde na APS.

Para tanto, é importante resolver questões pontuais e práticas do cotidiano em cada serviço; os espaços de participação social precisam confluir para a compreensão dos usuários como atores fundamentais e a metodologia de condução precisa priorizar a construção coletiva com foco em assuntos estruturantes.¹⁹ Isto pode ser possível por meio da construção dialógica, da reflexão crítica e do consequente amadurecimento enquanto cidadãos.²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face das perspectivas obtidas e partindo da premissa constitucional da inclusão comunitária na formulação e implantação de políticas públicas, é notória a importância dos espaços de participação da

comunidade para o engrandecimento da cidadania e da construção de políticas públicas condizentes com as demandas locais. Isso se dá mediante a atuação da população nos espaços participativos, onde é possível vocalizar e entender com mais transparência as necessidades reais do território, sob o olhar daqueles que de fato as sentem, de modo a melhor orientar as ações a serem concretizadas. Assim, evidenciou-se a relevância do trabalho dos ACS por constituírem simultaneamente membros da comunidade e elos entre ela e os profissionais de saúde.

Ao compreenderem e considerarem as demandas locais, os espaços participativos se fizeram processos de valorização do saber popular, da diversidade e do diálogo, os quais se integram propositivamente ao saber científico para edificar, de modo horizontal, autêntico e corresponsável, políticas em saúde promotoras de integralidade e de equidade. Dessa maneira, possibilita-se avivar um sentimento empoderador de pertencimento ao território nos indivíduos, os quais passam a se enxergar como sujeitos ativos no processo de saúde e doença. Com efeito, interferem na tomada de decisões que afetam sua realidade e, assim, entendem a saúde como um projeto de luta coletiva por direitos.

Além disso, ficou evidente a imprescindibilidade dos espaços institucionalizados de participação da comunidade na saúde para a ampliação da cidadania. Entretanto, veio à tona a visão desses espaços como limitados a questões burocráticas, o que infelizmente contribui para o desinteresse popular em participar deles. Identificou-se ainda a percepção sobre fragilidades na vinculação entre os espaços participativos e a construção de políticas públicas cidadãs, sob o entendimento de que o processo de participação social vem sendo ocupado apenas pelos profissionais de saúde e de que os momentos de reunião com a comunidade são limitados a cobranças improdutivas. Tais impressões refletem a necessidade de esforços voltados ao debate, ao compartilhamento de informação e à integração dos usuários de saúde nos espaços institucionalizados.

Reitera-se que, ao haver o empoderamento desses atores sociais, com base em sua participação em espaços informais, com a valorização dos seus saberes e com a troca de conhecimento com os profissionais, pode-se conseguir mais adesão aos espaços institucionalizados, uma vez que haverá despertado o sentimento de ser parte integrante do mecanismo de construção do cuidado individual e coletivo e das políticas públicas.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Práticas Integrals de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB), por todo o suporte durante a pesquisa e por impulsionar seus participantes nas áreas do ensino, da pesquisa e da extensão, dentro da universidade pública.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JVBR: Conceituação, Metodologia, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. ANA: Conceituação, Metodologia, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. PJSCC: Conceituação, Metodologia, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [Internet]. Diário Oficial da União 1990 [acessado em 14 jan. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
2. Gomes AM, Colliselli L, Klea ME, Madureira VSF. Reflections and collective production about being a municipal health counselor. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl. 1):496-504. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0369>
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary health care essential attributes and the family health strategy. *Rev Bras Enferm.* 2013;66:158-64. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>
4. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: Limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):42-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>
5. Brutscher VJ, Cruz PJSC. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos CIMEAC.* 2020;10(1):126-52. <https://doi.org/10.18554/cimeac.v10i1.4117>
6. Jurberg C, Oliveira EM, Oliveira ESG. Capacitação para quê? o que pensam conselheiros de saúde da região sudeste. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(11):4513-23. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.15142013>
7. Lotta GS, Galvão M, Favareto A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: Intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(9):2761-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16042016>
8. Marques CF, Roberto NLB, Gonçalves HS, Bernardes AG. O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem? *Psicol Ciênc Prof.* 2019;39(Spe2):e225552. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225552>
9. Mendes A, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. *Saúde Soc.* 2023;32(1):e210307. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>
10. Cruz PJSC, Silva MRF, Pulga VL, Machado AMB, Brutscher VJ. Educação Popular em Saúde. *Rev Educ Popular.* 2020;6-28.
11. Lima LO, Silva MRF, Cruz PJSC, Pekelman R, Pulga VL, Dantas VLA. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(7):2737-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.26122020>
12. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Rev Adm Contemp.* 2011;15(4):731-47. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>
14. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet] 2012 [acessado em 2 maio 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: Uma revisão do estado da arte. *Physis.* 2017;27(4):1265-86. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>
16. Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da vigilância em saúde ambiental. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(10):3259-68. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17722017>
17. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc.* 2017;26(2):411-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>
18. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde 157 para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis.* 2016;26(1):157-75. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>
19. Piccoli AS, Kligerman DC, Cohen SC. Políticas em saúde, saneamento e educação: Trajetória da participação social na saúde coletiva. *Saúde Soc.* 2017;26(2):397-410. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160043>
20. Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHL. Participação popular nas ações de educação em saúde: Desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface.* 2014;18(Supl. 2):1389-400. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0357>
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. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140042>
22. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis.* 2004;14(1):67-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>
23. Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2017;41(Spe. 3):202-13. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S315>
24. Kleba ME, Zampirom K, Comerlatto D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: Desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde Soc.* 2015;24(2):556-67. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>
25. Gonçalves CCM, Bógus CM. Participação Social, planejamento urbano e promoção da saúde em Campo Grande (MS). *Trabalho Educ Saúde.* 2017;15(2):617-40. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00057>
26. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação popular e atenção primária à saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, editores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 123-67.
27. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho Educ Saúde.* 2016;14(3):679-98. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>