

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

LAIZ AYRES BRITO

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM
ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA**

GOIÂNIA

2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Laiz Ayres Brito				
E-mail:	laizayres@gmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Vínculo empregatício do autor	Sem vínculo				
Agência de fomento:				Sigla:	
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	
Título:	Conselhos Locais de Saúde na Atenção Básica: um estudo de revisão da literatura				
Palavras-chave:	Conselhos de saúde, atenção primária à saúde, participação comunitária				
Título em outra língua:	Local Health Councils in Primary Health Care: a study of the literature review				
Palavras-chave em outra língua:	health councils, primary health care, consumer participation				
Área de concentração:	Gestão de sistemas e serviços de saúde				
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	(28/02/2013)				
Programa de Pós-Graduação:	Saúde Coletiva				
Orientador (a):	Maria Goretti Queiroz				
E-mail:	mgoretti@gmail.com				
Co-orientador (a):*	Nenhum				
E-mail:	Nenhum				

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Assinatura do (a) autor (a)

Data: ____ / ____ / ____

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LAIZ AYRES BRITO

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM
ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Queiroz

GOIÂNIA

2014

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

Brito, Laiz Ayres
B862c Conselhos locais de saúde na atenção básica: um estudo
de revisão da literatura [manuscrito] / Laiz Ayres Brito. -
2014.
102 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Queiroz.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

Bibliografia.

Inclui lista de quadros, tabelas, abreviaturas e siglas.

Apêndices.

1. Saúde pública – Conselhos Regionais 2. Conselhos
Regionais de Saúde – Participação comunitária I Título.

CDU: 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

LAIZ AYRES BRITO

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ______.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Queiroz – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Nunes – Membro externo
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo – Membro Efetivo
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A todos os membros da equipe do **Centro de Saúde Água Branca**, com carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, pela vida, saúde e força para que eu pudesse concluir esse trabalho;

Aos meus pais, que desde cedo cuidaram da minha felicidade e fizeram de tudo para que eu pudesse ter condições de realizar as minhas escolhas e ser feliz;

Ao meu tio Rubens, que como meus pais, sempre me apoiou e executou também um papel de mestre e de pai nas horas em que precisei;

À minha querida orientadora, Professora GORETTI, que foi paciente e soube me conduzir da forma em que era necessário nos momentos de recuo e avanço;

Aos meus professores que estão me acompanhando desde a minha graduação e que são responsáveis por me mostrar os caminhos do aprender,

À minha banca examinadora, professoras Vânia e Maria de Fátima, por deixarem seus compromissos e serem prestativas, avaliando o meu trabalho.

A todos que me ajudaram para concluir essa etapa e me incentivaram a seguir em frente, mesmo com as dificuldades.

EPÍGRAFE

"Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda"

Paulo Freire

BRITO, LA. **Conselhos locais de saúde na atenção básica: um estudo de revisão da literatura** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2014.

RESUMO

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) foram institucionalizados por meio da Resolução Federal nº 333/2003, que reconhece esses órgãos como mecanismos de participação popular na saúde, diretamente vinculados às unidades de saúde no Brasil, Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais. Este trabalho tem como objetivo descrever a participação popular nos CLS das UBS no Brasil. Estudo descritivo, de natureza qualitativa, que utiliza a revisão bibliográfica do tipo integrativa como estratégia de coleta e análise dos dados. Utilizou-se como referencial teórico Pateman (1992), sobre as escalas graduais de participação; Demo (2009), que aborda a qualidade política e a capacidade de organização da comunidade para participar, além da função educativa da participação (PATEMAN, 1992; DEMO, 2009; FREIRE, 2011a; 2011b; 1979). A função educativa nos CLS das UBS não foi uma prioridade de discussão dos artigos, no entanto, foi percebida no *ser membro conselheiro dos Conselhos Locais*. Além disso, os CLS exercem uma função formativa e informativa aos conselheiros e comunidade. Prevalece nos CLS a pseudoparticipação, identificando-se como barreiras à participação popular plena, o posicionamento desfavorável da gestão em saúde aos conselhos e a dificuldade de acesso às informações. Existe ainda uma dificuldade de organização dos CLS em participar, considerada fruto da incipiente cultura da participação entre conselheiros e comunidade. Ressaltam-se os critérios da qualidade política da participação: a representatividade, a participação das bases, a auto-sustentação e a legitimidade. Identificou-se uma baixa representatividade substantiva dos conselheiros locais e o drama da liderança isolada, quanto à participação das bases. Os CLS carecem também de definições mais claras sobre suas funções, destacando-se iniciativas coletivas nesse sentido. Sugere-se o investimento educacional nos conselhos, que cultive o cotidiano e cultura da participação em todas as etapas de vida das pessoas.

Palavras-chave: conselhos de saúde, atenção primária à saúde, participação comunitária

BRITO, LA. **Local Health Councils in Primary Health Care: a study of the literature review** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2014.

ABSTRACT

Local Health Councils (LHC) were institutionalized through a Federal Resolution number 333/2003, which recognizes these institutions as mechanisms for popular participation in health, directly linked to health unities in Brazil, Basic Health Units (BHU), outpatient and hospitals. This paper aims to describe the popular participation of LHC in UBS in Brazil. This is a descriptive study of qualitative nature, which uses the integrative literature review as a strategy type like collection and data analysis. Pateman (1992) was used as theoretical reference, about the gradual scale of participation; Demo (2009), which addresses the political quality and organizational capacity from the community to participate, besides the educative function of participation (Pateman, 1992; DEMO, 2009; Freire, 2011a; 2011b; 1979). The LHC educative function in primary health care was not a priority for articles discussion, however, it was realized *in the advisor member of Local Councils*. In addition, the LHC plays a formative and informative role for counselors and community. In LHC prevails a false participation like barriers for whole community participation, the unfavorable positioning of health management to councils and the difficulty to information access. There is also a difficulty in organization of LHC to participate, considered as a result of incipient culture of participation among councilors and community. The criteria of policy quality participation emphasizes: representativeness, mobilization for people participation, self - support and legitimacy. We identified a low substantive representation of local councilors and the drama of isolated leadership as mobilization for people participation. The LHC also need clearer definitions about their roles, especially collective initiatives. It is suggested an educational investment in councils, which stimulates daily life and culture of participation in all stages of life.

Key words: health councils, primary health care, consumer participation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Fluxograma extraído de Mendes; Silveira e Galvão (2008) sobre componentes da revisão integrativa.....	23
Figura 2 – Fases da seleção dos artigos sobre CLS nas UBS do SUS.....	33
Quadro 1 – Estratégia de busca das publicações sobre os CLS de UBS do SUS. Exemplo do cruzamento das palavras de busca.....	28
Quadro 2 – Instrumento de coleta das informações contidas nos artigos incluídos na revisão.....	30
Quadro 3 – Revista de publicação dos artigos da revisão segundo QualiCAPES saúde coletiva, dez/2013.....	36
Tabela 1 – Número de estudos excluídos e incluídos para leitura integral dos artigos e os motivos de exclusão, segundo a Lilacs, Scielo e Pubmed.....	34
Tabela 2 – Número de autores dos artigos incluídos para revisão segundo instituição de origem.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica à Saúde

Bireme – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

BHU – Basic Health Units

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CF – Constituição Federal

CG – Conselho Gestor

CGL – Conselho Gestor Local

CLS – Conselhos Locais de Saúde

CMS – Conselhos Municipais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMUT UFG – Serviço de Comutação Bibliográfica na Universidade Federal de Goiás

CONUS – Conselhos de Unidades de Saúde

CPS – Conselhos Populares de Saúde

CS – Conselhos de Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

LHC – Local Health Councils

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MeSH – Medical Subject Headings

MS – Ministério da Saúde

NCBI – National Center for Biotechnology Information

NOB – Norma Operacional Básica da Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

Pubmed – Biomedical Literature Citations and Abstracts

SciELO – Biblioteca eletrônica mantida pela Biblioteca Virtual em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	17
4.1 A Finalidade Educativa da Participação.....	17
4.2 As Escalas Graduais da Participação, Capacidade de Organização dos Mecanismos Participativos e Qualidade Política da Participação.....	18
5 METODOLOGIA.....	21
5.1 Delimitação do Objeto.....	21
5.2 Tipo de Estudo.....	21
5.3 Etapas da Revisão de Literatura Integrativa.....	24
5.3.1 Primeira Etapa: Estabelecimento da Hipótese ou Questão de Pesquisa.....	24
5.3.2 Segunda etapa: Estabelecimento dos Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos/Amostragem ou Busca na Literatura.....	25
5.3.3 Terceira Etapa: Definição das Informações a Serem Extraídas nos Estudos Seleccionados/ Categorização dos Estudos.....	29
5.3.4 Quarta Etapa. Avaliação dos Estudos Incluídos na Revisão Integrativa.....	31
5.3.5 Quinta Etapa: Interpretação dos Resultados.....	32
5.3.6 Sexta Etapa: Apresentação da Revisão/Síntese do Conhecimento.....	32
5.4 Aspectos Éticos.....	32
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6.1 Caracterização dos Estudos Incluídos.....	34
6.2 Os CLS das UBS no Brasil Segundo as Publicações.....	37
6.3 A Participação Popular em Saúde nos CLS da AB Segundo as Publicações.....	40
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
8 REFERÊNCIAS.....	70

ANEXOS.....	74
APÊNDICES.....	81

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a participação popular na saúde foi institucionalizada por meio da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela está prevista em todos os âmbitos de atuação do SUS e pode ser implementada pelos seus mecanismos formais, como os Conselhos e Conferências de Saúde (FLEURY, 2011).

A Lei Federal nº 8.142 de 1990 legitima a participação popular na saúde e a criação dos Conselhos de Saúde (CS). Segundo esta legislação, o CS:

[...] em caráter permanente e deliberativo, [...] composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, [...] (BRASIL, 1990).

Em geral, os CS são reconhecidos pela atuação em questões ligadas à cidadania, sendo seu funcionamento baseado em discussões sobre a construção e implementação das políticas de saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Segundo a Resolução Federal nº 333 de 2003, eles devem estar presentes nas três esferas de gestão em saúde, federal, estadual e municipal.

No âmbito da esfera municipal, os CS também podem atuar de forma ampliada, integrados aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e vinculados especificamente aos serviços de saúde. Conforme a Resolução Federal nº 333/03:

O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Os CLS são mecanismos formais de participação popular no cotidiano dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a). Eles representam momentos de encontros entre a comunidade e trabalhadores dos serviços de saúde, sendo oportunidades educativas, na evidenciação dos conflitos existentes e busca de melhorias para a realidade local (NOGUEIRA et al., 2008; PEKELMAN, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2009b), os CLS devem atuar na discussão sobre os serviços prestados pela instituição de saúde ao qual está vinculado, realizando a

avaliação e planejamento para melhoria da qualidade do atendimento. Eles são órgãos colegiados permanentes que ampliam a participação popular na gestão dos serviços de saúde, sendo compostos por representantes da comunidade local, trabalhadores e gestores em saúde. Eles também podem receber queixas diretamente advindas da população, e funcionam na melhoria da realidade local da comunidade atendida no âmbito dos ambulatórios, hospitais e UBS.

Na abrangência das UBS, os CLS têm realizado esforços para melhoria da atenção à saúde prestada, atuando na humanização do atendimento e denunciando a existência de irregularidades à gestão e cuidado (ALVES; LIMA, 2012). No entanto, são apontadas dificuldades dos CS em geral, que vivem a heterogeneidade da capacidade de organização e participação. Coexistem no âmbito dos conselhos, as práticas clientelistas e democráticas participativas (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; CÔRTEZ, 2002).

A Atenção Básica à Saúde (AB) possui peculiaridades, entre elas, possuir como diretrizes a promoção da participação popular na saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Além disso, ela desenvolve suas ações mantendo forte vínculo com a comunidade e parceria com os diversos atores sociais existentes para melhoria da realidade local (PEDROSA; PEREIRA, 2007; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003; NETO; SAMPAIO, 2009).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a AB é conceituada como sendo:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde e coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Neste trabalho, os CLS são considerados mecanismos de participação popular em saúde que atuam como oportunidades educativas de encontro entre população e trabalhadores dos serviços de saúde. Questiona-se, dessa forma, como se desenvolve a participação popular em saúde nos CLS das UBS no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha da temática dos CS busca contribuir com o fortalecimento da participação popular em saúde no Brasil. Saber como em geral essas instituições funcionam demonstra o mais alto grau de envolvimento da população com os serviços de saúde, na formulação e execução das políticas públicas voltadas ao setor.

Ainda são reduzidos os estudos sobre os CLS, sendo necessário o debate que possa contribuir com o protagonismo desses mecanismos. Os CS, em geral, são apontados como canais de participação popular com papel transformador, no entanto, apresentam ambiguidades permeadas por práticas clientelistas.

Entende-se que este trabalho pode colaborar com a atuação dos CLS existentes nos municípios brasileiros. Além disso, este estudo pode ser útil para a realização de futuras pesquisas, e auxiliar na implementação de estratégias que fortaleçam a atuação desses órgãos, uma vez reconhecidas suas dificuldades e mecanismos de superação dos problemas.

Ressalta-se que a intenção deste estudo não é esgotar o assunto e conhecimento sobre os CLS, mas direcionar o olhar para essas instituições, que assumem papel na ampliação das práticas democráticas de saúde. Pretende-se, dessa forma, contribuir com o fortalecimento da participação popular no SUS, e, assim, para a construção de um sistema de saúde voltado para as necessidades em saúde, em que a população brasileira tenha voz e tenha vez.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever a participação popular nos CLS da AB, segundo artigos publicados em revistas indexadas.

3.2 Específicos

- Caracterizar as publicações sobre os CLS da AB quanto à base de indexação dos artigos, ano de publicação, procedência dos autores, periódico da publicação, objetivo dos artigos, tipo e sujeito dos estudos;
- Descrever as características dos CLS vinculados às UBS no Brasil, segundo as publicações indexadas;
- Descrever a participação popular nos CLS da AB quanto às atividades desenvolvidas e dificuldades encontradas, segundo as publicações de revistas indexadas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Segundo Arouca (1987, apud OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009), a participação popular é a prática social de todas as classes sociais que participam, ou “tomam parte”, das discussões e rumos tomados pelos diferentes níveis de organização do estado, nas diversas áreas de atuação. Ela acontece principalmente de forma organizada nos fóruns, assembléias, conselhos, sindicatos e partidos.

Como critério de avaliação da participação popular em saúde nos CLS, será abordada a finalidade educativa da participação, adotando-se como referencial teórico a concepção sobre educação de Paulo Freire (2011a; 2011b; 1979). Os critérios de avaliação da participação popular nos CLS das UBS serão discutidos também quanto aos aspectos teóricos sobre as escalas graduais da participação, qualidade política e capacidade de organização dos mecanismos participativos.

4.1 A Finalidade Educativa da Participação

Segundo Paulo Freire (2011a; 1979), a educação serve como meio para libertação dos homens no mundo. Ela desenvolve-se como ação e interação dos indivíduos com o mundo, criando condições de libertarem-se por meio da conquista e descoberta de si mesmos integrados à realidade na qual vivem.

Na ideologia de Freire, a educação não se trata de uma simples transmissão de conhecimentos. Ela possui um propósito maior e deve se ocupar em conhecer a própria realidade, para que assim possa questioná-la (2011a). Ela deve levar os indivíduos à consciência e atitudes críticas, até chegar a uma fase em que a realidade torna-se não apenas objeto de aprendizado, mas de busca por transformação. O processo de formação de uma consciência crítica, segundo o autor, é chamado de conscientização (1979).

Para Freire (2011a), a educação acontece por meio do diálogo que conduz à emancipação dos homens, pois é a forma em que os indivíduos se comunicam. É nas relações de diálogo do homem com outros homens que o indivíduo adquire conhecimento do mundo e percebe a realidade de diferentes formas. Ele começa a

perceber soluções diferentes aos problemas encontrados e que pode e deve atuar para a construção de mudanças.

Além disso, é na convivência amorosa entre os indivíduos, que os sujeitos vão assumindo uma postura crítica perante os problemas vivenciados e a realidade do mundo. Sendo assim, aprendem a “pensar certo”, assumindo princípios éticos, coerência, compreensão e profundidade da interpretação dos fatos. Os homens, então, assumem a possibilidade de mudanças como direito e uma necessidade, e a incorpora, pois segundo o autor, pensar certo é extremamente ligado ao “fazer certo” (Freire, 2011b).

Considera-se a educação, meio de libertação e transformação da realidade social, como a principal função da participação (PATEMAN, 1992; DEMO, 2009). Ela auxilia nas decisões coletivas da comunidade e desenvolve capacidades individuais nas pessoas, para que exerçam plenamente seus direitos e deveres.

Os CLS são mecanismos para participação popular na saúde e potenciais espaços para uma educação libertadora. Os indivíduos, envolvidos no funcionamento dos conselhos, podem a partir da troca de saberes, do diálogo, refletir e questionar sobre a realidade em que vivem e sobre si mesmos e seus conhecimentos.

Dessa forma, é possível então estudar a participação popular nos CLS das UBS no Brasil, segundo sua função educativa.

Como referencial teórico a seguir, serão discutidas as escalas graduais da participação, capacidade de organização e qualidade política da participação nos CLS.

4.2 As Escalas Graduais da Participação, Capacidade de Organização dos Mecanismos Participativos e Qualidade Política da Participação

Conforme explicou Pateman (1992), a participação acontece quando duas ou mais partes influenciam-se reciprocamente durante a tomada de decisão. No entanto, essa tomada de decisão acontece em uma relação de desigualdade de poder entre as partes, sendo a participação, dessa maneira, considerada de três formas graduais: total, parcial e pseudoparticipação. A participação parcial é a forma de

participação pela qual as partes não têm igual poder de decisão sobre o resultado final do que se delibera, podendo apenas influenciá-lo. Na participação plena ou total, os indivíduos têm igual poder de determinar o resultado final das decisões. Na pseudoparticipação, há apenas a consulta de um assunto feita pelas autoridades. Pateman explica que nessa forma de participação, não existe nenhuma contribuição das partes na tomada de decisão. Segundo Gohn (2011), os discursos, neste caso, são apenas formas de legitimar uma pseudodemocracia.

Pedro Demo (2009) analisa que o sucesso da participação depende da capacidade em se organizar para participar. Para o autor, participar significa assumir formas conscientes de organização na defesa de interesses dos grupos envolvidos (segundo o autor, é assim que se dá a organização para participação – pessoas se juntam na defesa de um interesse específico e comum a elas). São exemplos de formas organizadas para participar, as instituições religiosas, de lazer e artísticas, as associações de trabalhadores, os sindicatos, de profissionais liberais e de empresários, as organizações em comunidade, de uma vizinhança, bairro, município ou região, os partidos políticos e as atividades de planejamento participativo.

Pedro Demo também avalia que existem outros critérios que definem se o movimento participativo está indo bem ou não. São os critérios da qualidade política da participação: a representatividade, a participação da base, a auto-sustentação e a legitimidade dos movimentos participativos. A representatividade se refere ao exercício do cargo de representante, com função apenas de delegado perante as necessidades e sugestões dos representados (no texto, a forma como se faz isso não é discutido). A participação da base, segundo o autor, é a “alma do negócio” da participação. É na mobilização organizada das bases que se demonstra se o processo participativo é farsa ou existe de verdade. Nesse caso, é indispensável a intensidade participativa, a coesão organizada e compromissada ideologicamente, a vibração da identidade de propósitos. A auto-sustentação é a base ideológica do movimento, ou seja, o que causa motivação em participar. De acordo com Demo, os movimentos participativos que possuem motivação ou meta ideológica claramente definida encontram maior facilidade de se auto-sustentarem e permanecerem. A legitimidade é o reconhecimento legal dos processos participativos.

Compreendem-se os CLS da AB como potenciais oportunidades educativas na transformação da realidade local. Eles devem atuar na evidenciação dos conflitos

existentes e buscar melhorias para a realidade local. Além disso, devem ser representativos, recebendo as queixas diretamente advindas da população e atuar na melhoria das condições de atendimento de acordo com as necessidades. Dessa forma, a participação popular nos CLS da AB poderá ser avaliada segundo as escalas graduais da participação, capacidade de organização e qualidade política dos mecanismos participativos, propostas de desenvolvimento deste estudo.

5 METODOLOGIA

5.1 Delimitação do Objeto

Como objeto desta pesquisa, foram escolhidos os artigos de revistas indexadas que abordam sobre os CLS das UBS no Brasil, desenvolvidos e divulgados no período de 1990 a 2012. Esse período foi definido uma vez que é reconhecida a institucionalidade da participação popular na saúde por meio dos CS, no ano de 1990. O ano de 2012 foi escolhido por ser o ano de execução desse trabalho.

5.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, bibliográfico e que se propõe a utilizar a revisão bibliográfica integrativa, como estratégia de coleta e análise dos dados.

Segundo Mancini e Sampaio (2006), revisões de literatura caracterizam-se pela análise e síntese das informações relevantes no campo do conhecimento temático, de forma a resumí-lo e que se possa realizar conclusões sobre o assunto abordado.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) discutem que entre os tipos existentes de revisões de literatura, a revisão bibliográfica do tipo integrativa proporciona uma visão mais completa do tema de interesse, pois permite a combinação de dados teóricos e empíricos, de pesquisa experimental e não experimental, e a incorporação de estudos com diferentes abordagens metodológicas, entre eles, as pesquisas qualitativas.

Esses autores conceituam a revisão integrativa da literatura como a construção de uma ampla análise da literatura, discutindo-se resultados de pesquisas anteriores e refletindo sobre a realização de futuros estudos.

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) acrescentam que o rigor metodológico na revisão de literatura integrativa é mantido, devendo existir clareza na apresentação dos resultados e caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão de literatura do tipo integrativa possui seis etapas distintas, similares às etapas de uma pesquisa convencional, conforme **Figura 1**.

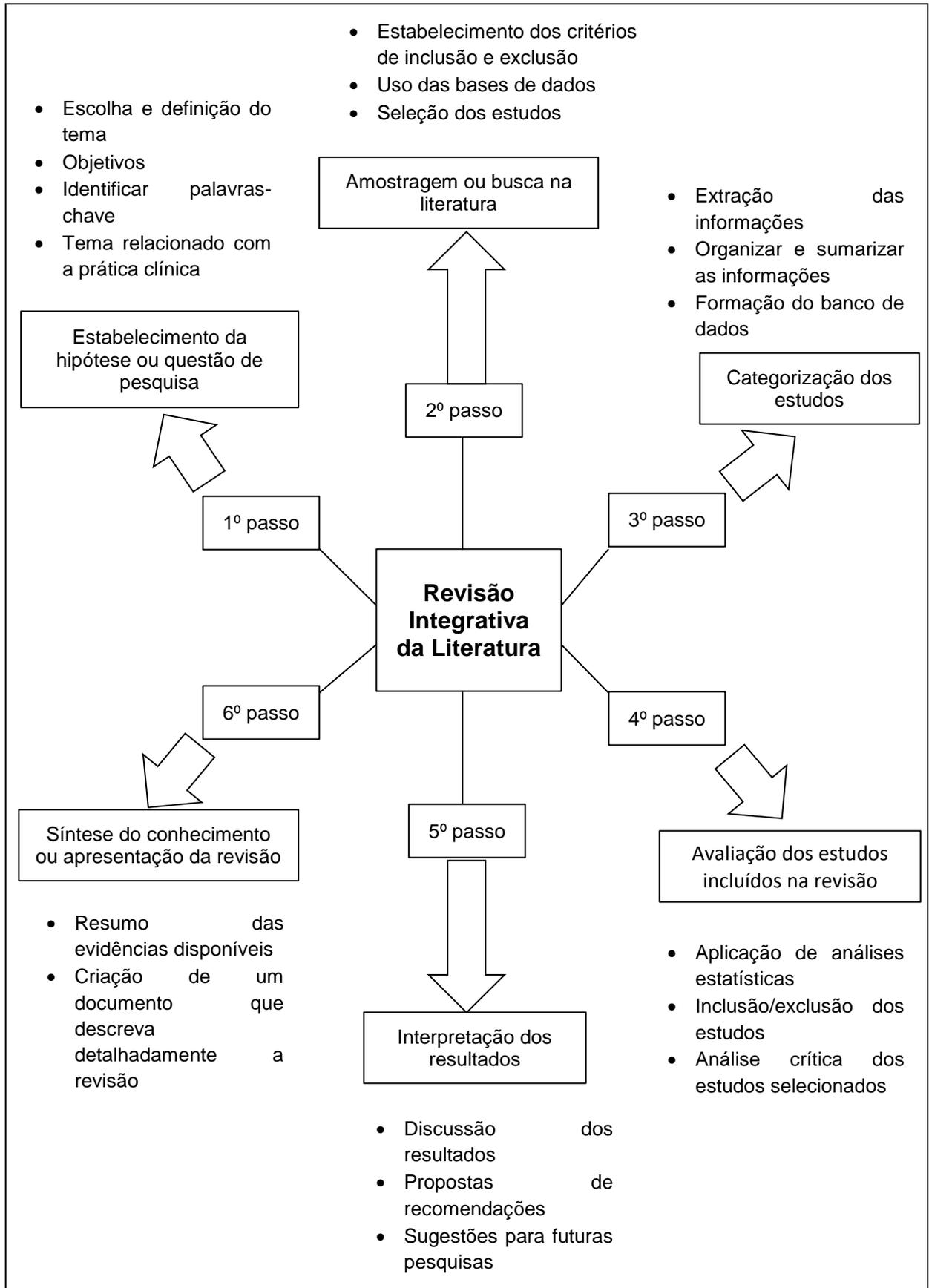


Figura 1 – Fluxograma extraído de Mendes; Silveira e Galvão (2008) sobre os componentes da revisão de literatura integrativa

Essa dissertação propõe uma aproximação da revisão de literatura do tipo integrativa, pois não pretende realizar uma síntese do conteúdo temático que aborda. No entanto, foram seguidas as etapas da revisão bibliográfica integrativa propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) (**Figura 1**), sendo descritos os procedimentos adotados nesse trabalho.

5.3 Etapas da Revisão de Literatura Integrativa

5.3.1 Primeira Etapa: Estabelecimento da Hipótese ou Questão de Pesquisa

Nessa fase, estabeleceu-se o tema da investigação e a questão de pesquisa desse trabalho. A partir de então, os objetivos foram elaborados e foram selecionadas as palavras-chave de busca, conforme primeiro passo da **Figura 1**.

Definiu-se como questão de pesquisa deste estudo:

- Como se desenvolve a participação popular em saúde nos CLS das UBS no Brasil?

A partir da formulação e definição da questão de pesquisa e objetivos do estudo, as palavras de busca foram selecionadas. A seleção das palavras-chave de busca foi realizada segundo os descritores de artigos que abordam a temática dos CS, encontrados de forma aleatória na internet.

Para a escolha das palavras de busca preocupou-se em trazer o esgotamento de artigos a serem encontrados pelo método da revisão bibliográfica integrativa. O esgotamento de artigos a serem encontrados na revisão é uma característica essencial de uma revisão de literatura, conforme Matheus (2009).

Foram selecionadas como palavras-chave de busca, sendo incluídos os seus sinônimos: participação/ controle social/ conselhos de saúde/ conselheiros/ atenção primária à saúde/ unidades de saúde/ serviços de saúde/ sistemas de saúde/ gestão em saúde/ planejamento em saúde/ políticas de saúde/ relações comunidade-instituição/ promoção da saúde.

5.3.2 Segunda etapa: Estabelecimento dos Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos/Amostragem ou Busca na Literatura

Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009), após elaboração da pergunta de pesquisa devem ser esclarecidos quais os estudos que serão incluídos na revisão, por meio dos critérios de inclusão e exclusão.

O critério de inclusão que orientou esse estudo foi:

a) Estudos científicos ou empíricos sobre CLS de UBS do SUS;

Foram excluídos:

a) Trabalhos desenvolvidos ou divulgados de período anterior a 1990;

b) Teses, dissertações, monografias, manuais e legislações;

c) Trabalhos que não puderam ser acessados nem mesmo pelo Serviço de Comutação Bibliográfica na Universidade Federal de Goiás (COMUT UFG).

d) Trabalhos que não abordassem ou não deixassem claro abordar CLS de UBS do SUS.

A etapa de busca exaustiva na literatura é realizada logo após o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, conforme relatou Mendes, Silveira e Galvão (2008). Nesse trabalho, optou-se por realizar a busca de artigos publicados em periódicos indexados em bases de dados.

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) destacam as bases de dados de indexação de artigos na etapa de busca em uma revisão de literatura. Elas fornecem acesso às citações e aos resumos dos estudos publicados, e, em alguns casos, os trabalhos são disponibilizados por meio do acesso ao periódico da publicação.

Nesta pesquisa, foram utilizadas as seguintes bases de dados para busca na literatura: a LILACS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; a PUBMED, Biomedical Literature Citations and Abstracts; e a SCIELO, biblioteca eletrônica mantida pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio do portal Scielo.org.

A Lilacs é uma base de dados componente da BVS. Índice da literatura científica e técnica, ela abrange trabalhos e pesquisas de 27 países da América Latina e Caribe.

O acesso aos dados é feito por meio do portal Lilacs (<http://lilacs.bvsalud.org/>), sendo encontrados trabalhos como artigos de periódicos, monografias e teses.

A Pubmed é uma referência mundial como base de dados. Ela mantém a literatura internacional em ciências da saúde, como artigos científicos e livros online. São mais de 22 milhões de citações da literatura biomédica, revistas de ciências da vida e livros online. O acesso aos dados é realizado por meio do portal Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

A Scielo é uma biblioteca eletrônica mantida pela BVS que mantém periódicos online, por meio do portal Scielo.org (<http://www.scielo.org/php/index.php>).

Estabelecidos os critérios de escolha dos estudos que serão revisados e as fontes de dados para busca exaustiva na literatura, a fase de busca das publicações, propriamente dita, já pode ser realizada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A busca exaustiva nas três bases de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2012. Essa fase foi documentada em quadros elaborados no programa Word 2010.

As palavras de busca foram adequadas segundo os vocabulários estruturados mantidos na Lilacs e Pubmed, e segundo os idiomas inglês, português e espanhol. Na scielo, as palavras-chave de busca e todos os seus possíveis sinônimos foram utilizados a fim de que esses termos pudessem ser encontrados nos títulos, resumos ou palavras-chave/descriptores das publicações.

A Lilacs auxilia a pesquisa de artigos por meio de seu vocabulário estruturado denominado DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*), mantido pelo Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – Bireme.

A *MeSH (Medical Subject Headings)* é uma plataforma do National Center for Biotechnology Information (NCBI) que controla o vocabulário de termos para indexação dos trabalhos na Pubmed.

As palavras-chave de busca foram cruzadas para que os artigos encontrados pudessem responder à pergunta de pesquisa. Foram utilizados os *Operadores Bolleanos*, que são palavras que podem ser utilizadas nos sistemas de buscas, que combinadas de diferentes formas, modificam os resultados da pesquisa (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2013). São *Operadores Bolleanos* as palavras

AND e *OR*. Enquanto o operador *OR* reúne todos os trabalhos que contenham as palavras-chave escolhidas, a palavra *AND* seleciona apenas os artigos que contenham os termos de busca ao mesmo tempo, realizando uma intersecção entre eles.

Nesta pesquisa, os trabalhos encontrados para cada palavra de busca com seus sinônimos foram agrupados por meio do *Operador Booleano OR*, e, em seguida, esses grupos das palavras-chave foram cruzadas, por meio do *Operador Booleano AND*, esperando-se alcançar apenas trabalhos que respondessem à pergunta de pesquisa. Foi definido, nesta etapa, que as publicações deveriam conter termos relacionados à participação, controle social, conselhos e conselheiros de saúde e atenção primária e unidades, serviços e sistemas de saúde. Os demais termos deveriam ser cruzados de forma que contemplassem esse critério (**Quadro 1**). Na Pubmed, foi aplicado ainda, ao lado do cruzamento das palavras na barra de busca, os termos *brazil or *brazil or brasil or *brasil*, para que fossem encontrados apenas estudos sobre os CLS de UBS do SUS.

Quadro 1 – Estratégia de busca das publicações sobre os CLS de UBS do SUS. Exemplo do cruzamento das palavras de busca

Cruzamento das palavras de busca						
Palavras de busca	OB	Palavras de busca	OB	Palavras de busca	OB	Palavras de busca
Participação	OR	Controle social	OR	Conselhos de saúde	OR	Conselheiros
Atenção primária à saúde	OR	Unidades de saúde	OR	Serviços de saúde	OR	Sistemas de saúde
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde				
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde	AND	Gestão em saúde		
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde	AND	Planejamento em saúde		
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde	AND	Políticas de saúde		
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde	AND	Relações comunidade-instituição		
Participação OR Controle social OR Conselhos de saúde OR Conselheiros	AND	Atenção primária à saúde OR Unidades de saúde OR Serviços de saúde OR Sistemas de saúde	AND	Promoção da saúde		

Na Pubmed, ao final da busca, era possível salvar a lista dos artigos encontrados em planilhas e realizar a exclusão dos artigos repetidos, por meio do Excel 2010. Na Lilacs e Scielo, a exclusão dos artigos repetidos foi realizada de forma manual. Nessa fase inicial de seleção dos artigos, também foram excluídos estudos divulgados em período anterior a 1990, manuais, teses, dissertações e monografias.

Na segunda fase de seleção dos artigos, os critérios inclusão e exclusão para a revisão foram aplicados aos títulos e resumos, sendo selecionados para a leitura integral aqueles estudos que poderiam ser incluídos na revisão. Somente os resumos que não eram disponibilizados nas bases de dados ou revista de publicação não foram lidos. Ainda assim, aqueles artigos sem resumos cujos títulos não deixavam claro o assunto do qual abordavam eram incluídos para leitura integral. Todos os artigos com títulos e/ou resumos que deixavam dúvidas se poderiam ou não responder à pergunta de pesquisa desse estudo foram incluídos para a leitura integral.

Posteriormente, foi realizada a leitura integral dos artigos previamente incluídos e selecionados aqueles que confirmaram abordar em seu texto os CLS de UBS vinculadas ao SUS. Portanto, artigos que abordassem sobre experiências de outros países na participação em saúde foram excluídos, além de artigos que não deixassem claro falar de CLS de UBS ou os CLS apenas eram citados como mecanismos de participação, não sendo abordado nada sobre eles. Recorria-se sempre, em caso de dúvidas, à orientadora desse trabalho sobre a seleção dos artigos. Todas essas fases de seleção dos artigos foram registradas em planilhas do Excel 2010.

5.3.3 Terceira Etapa: Definição das Informações a Serem Extraídas nos Estudos Selecionados/ Categorização dos Estudos

Nesta fase, os artigos já estavam disponíveis na íntegra para leitura e extração das informações sobre os CLS de UBS do SUS (n=). O acesso aos estudos foi possível por meio dos portais dos periódicos online e pelo COMUT UFG. O **Apêndice A** mostra a lista com os artigos incluídos nessa revisão.

Foi realizada uma leitura prévia dos estudos incluídos e posteriormente, elaborou-se um instrumento de coleta das informações dos artigos, de forma que os dados contemplassem os objetivos da pesquisa e se relacionassem ao referencial teórico estudado (**Quadro 2**). A elaboração desse instrumento foi realizada pensando-se também na coleta das informações segundo categorias de avaliação dos dados previamente estabelecidas (item 5.2.1.4).

Procedeu-se então à coleta dos dados dos artigos incluídos por meio do instrumento de coleta elaborado. Cada estudo incluído foi identificado de forma numérica e sequencial, precedido da letra A.

Quadro 2 – Instrumento de coleta das informações contidas nos artigos incluídos na revisão

Caracterização dos estudos	
Identificação do estudo	
Base de indexação do artigo	() Lilacs () Pubmed () Scielo
Ano de publicação do artigo	
Idioma de publicação do artigo	
Caracterização dos autores	
Revista de publicação do artigo	
Objetivo do artigo	() Estudar os CLS da AB () Outro objetivo, mas abordam os CLS da AB
Tipo de estudo	() Pesquisa descritiva () Pesquisa exploratória () Pesquisa descritivo-exploratória () Abordagem quantitativa () Abordagem qualitativa () Abordagem quanti-qualitativa () Relato de experiência () Análise documental
Sujeitos do estudo	
Caracterização dos CLS	
Denominação dos CLS da AB	() CLS () Conselho Gestor Local () Outros. Especifique: _____
Município de abrangência	
Criação dos CLS da AB	
Participação nos CLS da AB	
Função educativa da participação nos CLS da AB	
Capacidade de organização dos CLS da AB	

(Continuação) **Quadro 2 – Instrumento de coleta das informações contidas nos artigos incluídos na revisão**

Qualidade política da participação nos CLS da AB	
--	--

5.3.4 Quarta Etapa. Avaliação dos Estudos Incluídos na Revisão Integrativa

Essa etapa, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), é equivalente à análise dos achados em uma pesquisa convencional. Nesse trabalho, realizou-se uma abordagem quanti-qualitativa dos dados, dos aspectos que caracterizam os estudos incluídos e sobre os CLS e a participação popular nessas instituições. Os dados quantitativos foram apresentados por meio de gráficos, tabelas e figuras. Os resultados qualitativos foram organizados segundo categorias temáticas de avaliação previamente estabelecidas à etapa de coleta das informações nos artigos incluídos, sendo possível extrair também categorias pós-coleta dos dados. Essas categorias foram elaboradas anteriormente à coleta de informações e serviram como referencial para a construção do instrumento de coleta de dados.

Para Gomes (1994), a análise dos resultados qualitativos de uma pesquisa pode ser realizada organizando-se os dados segundo categorias formuladas anteriormente e após a coleta das informações.

O autor afirma que as categorias na pesquisa qualitativa, dizem respeito às classificações empregadas para caracterizar elementos ou idéias comuns ou que se relacionam entre si, com finalidade de abranger um conceito mais amplo. Elas podem ser estabelecidas antes e após a coleta de dados, ou somente após essa fase. Aquelas estabelecidas anteriormente à coleta das informações são mais amplas e dependem da fundamentação teórica por parte do pesquisador. Após a coleta das informações, o pesquisador, também elabora categorias mais específicas e concretas. Segundo o autor, trabalhar com categorias é um procedimento que pode ser realizado em qualquer tipo de análise na pesquisa qualitativa.

Foram elaboradas as seguintes categorias anteriormente à coleta de informações:

- Função educativa dos CLS da AB

- Participação popular dos CLS da AB
- Capacidade de organização dos CLS da AB
- Qualidade política da participação nos CLS da AB

5.3.5 Quinta Etapa: Interpretação dos Resultados

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a quinta etapa da revisão de literatura integrativa refere-se à discussão dos resultados. Nesse trabalho, os resultados foram descritos e discutidos segundo os objetivos desse estudo, referencial conceitual adotado e corpo de conhecimento teórico na literatura.

5.3.6 Sexta Etapa: Apresentação da Revisão/Síntese do Conhecimento

Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008), a sexta e última etapa da revisão integrativa consiste em elaborar documento que reúna sumariamente as etapas percorridas pelo revisor e os resultados da análise dos artigos incluídos.

Nessa revisão, os resultados e discussão foram apresentados em um único capítulo. Não foi realizada a síntese do conhecimento produzido a partir da revisão, uma vez que essa não era a proposta deste trabalho.

5.4 Aspectos Éticos

Não foi necessária a submissão e avaliação desse trabalho em um Comitê de Ética quanto à pesquisa com seres humanos. Trata-se de um estudo secundário que se baseia na revisão e interpretação de outros estudos e não envolve seres humanos em nenhuma ou mais etapas.

No entanto, os Princípios Éticos da Ciência e Publicações foram respeitados quanto à veracidade das informações e respeito à autoria dos estudos utilizados em todas as etapas desse trabalho.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 1.967 artigos na fase inicial da busca, excluídos os artigos repetidos nas três bases dados, os artigos divulgados antes de 1990, além das teses, dissertações, monografias e manuais indexados Lilacs e Scielo. Os demais critérios de exclusão de artigos e o de inclusão foram aplicados aos títulos e/ou resumos, sendo selecionados 137 estudos para leitura integral e decisão final sobre a inclusão daqueles que abordassem sobre os CLS de UBS. Ao final, foram incluídos 23 artigos para essa revisão. A quantidade de artigos selecionados em cada uma dessas fases foi descrita na **Figura 2**, com o resultado final da busca. Os motivos de exclusão dos estudos durante a fase de leitura dos títulos e resumos foram detalhados a **Tabela 1**, segundo as bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed. O **Apêndice B** mostra a lista dos artigos incluídos e excluídos, com os motivos de exclusão, durante a fase de leitura integral.

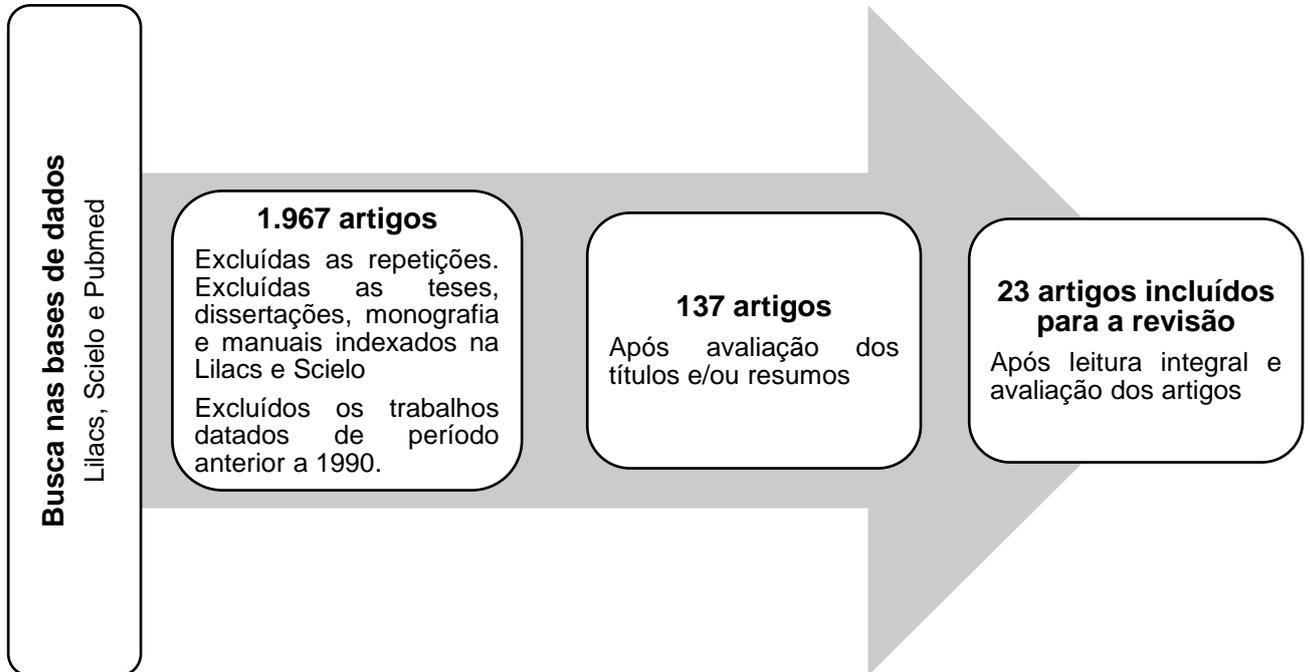


Figura 2 – Fases da seleção dos artigos sobre CLS nas UBS do SUS

Tabela 1– Número de estudos excluídos e incluídos para leitura integral dos artigos e os motivos de exclusão, segundo a Lilacs, Scielo e Pubmed

Base de dados		Excluídos			Incluídos	Total
		Não aborda os CLS da AB	Outros países	Estudo desenvolvido fora do período entre 1990 a 2012		
Lilacs	209	76	0	1	62	348
Pubmed	1320	42	0	0	45	1407
Scielo	97	33	0	0	15	145
Lilacs e Pubmed	13	1	0	0	3	17
Lilas e Scielo	20	5	0	0	9	34
Lilacs, Pubmed e Scielo	6	0	0	0	2	8
Pubmed e Scielo	7	0	0	0	1	8
Total	1672	157	0	1	137	1967

6.1 Caracterização dos Estudos Incluídos

Os artigos incluídos nessa revisão estão indexados, respectivamente, na Scielo (nove artigos), Lilacs (oito artigos), Lilacs e Scielo (quatro artigos), Pubmed e Lilacs (um artigo) e na Pubmed (um artigo). Todos esses estudos foram publicados em língua portuguesa, no período de 1993 a 2011. Devido à pequena quantidade de estudos encontrada, não houve identificação de períodos em que o número de publicações sobre os CLS tenha aumentado ou diminuído com algum significado. Foi considerado que o pequeno número de publicações reflete uma pouca visibilidade dos CLS perante as publicações em geral.

Quanto ao idioma das publicações e as bases de indexação dos artigos, pode-se interpretar que sendo os CLS uma experiência brasileira em participação popular na saúde, seja por isso que os estudos encontrados estão divulgados no idioma português e em revistas indexadas principalmente na Lilacs e Scielo.

Sobre os autores dos estudos incluídos, participam da autoria de 21 artigos, pessoas vinculadas às instituições de ensino superior, professores, alunos de graduação e pós-graduação e preceptores de pós-graduação. Em cinco e dois artigos, respectivamente, profissionais dos níveis de gestão executiva da saúde e membros da comunidade envolvem-se como autores dos estudos (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Número de autores dos artigos incluídos para revisão segundo instituição de origem

Número de autores dos artigos da revisão	Instituição de origem dos autores
21 artigos	Instituições de nível superior, professores, alunos de graduação e pós-graduação, preceptores de pós graduação
5 artigos	Profissionais dos níveis de gestão executiva da saúde
2 artigos	Membros da comunidade

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam as instituições formadoras de ensino na produção de conhecimento, sendo que suas ações devem ser integradas às ações e serviços do SUS, e voltadas para as necessidades populacionais. Os autores também destacam que as instituições de saúde também devem ser lócus de produção de conhecimento, uma vez que o trabalho em saúde promove processos de subjetivação que vão além dos saberes e práticas já estruturados.

Quanto às revistas de divulgação dos estudos incluídos, os artigos foram divulgados em 13 revistas diferentes, sendo a maioria destinada a publicar matéria na área da saúde coletiva (sete revistas), seguidas de revistas na área da enfermagem (quatro revistas), revista na área da psicologia (uma revista) e revista interdisciplinar voltada para publicações na área da comunicação, educação e saúde (uma revista). Foi elaborado quadro que dispõe sobre o QualisCAPES na área de saúde coletiva de cada revista que divulgou os artigos dessa revisão (**Quadro 3**).

Segundo o portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior):

Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. [...] o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2013).

Quadro 3 – Revistas de publicação dos artigos da revisão segundo QualiCAPES saúde coletiva, dez/2013

Revista de Publicação dos artigos da revisão	QualiCAPES Saúde Coletiva
Cadernos de Saúde Pública	A2
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	B1
Physis: Revista de Saúde Coletiva	B1
Revista Ciência & Saúde Coletiva	B1
Divulgação em Saúde para o Debate	B2
Psicologia Ciência e Profissão	B2
Revista Brasileira de Enfermagem	B2
Saúde e Sociedade	B2
Saúde em Debate	B2
Texto & Contexto Enfermagem	B2
Acta Paulista de Enfermagem	B3
Revista Gaúcha de Enfermagem	B3
Revista de Atenção Primária	B4

Considera-se que as revistas destinadas a publicar matérias na área da saúde coletiva e em áreas interdisciplinares favorece a veiculação do conhecimento produzido para um público-alvo mais diversificado em relação às revistas especificamente voltadas para uma categoria profissional.

Sobre os objetivos dos estudos incluídos, seis artigos (26%) tinham como objetivo inicial estudar os CLS da AB. Nos demais estudos incluídos, os CLS não ocupavam temática central, sendo abordados como assunto secundário de discussão.

Quanto aos métodos de desenvolvimento dos estudos incluídos, treze artigos (56%) utilizaram métodos qualitativos de coleta dos dados, entre eles a análise documental, e apenas um artigo realizou uma abordagem quanti-qualitativa dos dados. Oito artigos são relatos de experiência (34%).

Para Minayo e Sanches (1993), os métodos de pesquisa que realizam uma abordagem qualitativa ou quantitativa dos dados são instrumentos que servem à área da saúde coletiva, em particular, por realizarem uma aproximação da realidade observada. Segundo os autores, essas abordagens são necessárias e são utilizadas de forma complementar, sempre que no planejamento da investigação for percebida essa necessidade.

Os relatos de experiência também foram reconhecidos recentemente como fonte de informação que se dedica ao registro de situações que sirvam de referência a outras pessoas que trilharão caminhos semelhantes (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2013).

Sobre os sujeitos dos estudos, em 13 artigos incluídos (56%), demonstrou-se o envolvimento de usuários e seus familiares, pessoas e lideranças da comunidade como fontes para os dados das pesquisas e relatos de experiência. Os trabalhadores das unidades de saúde também foram fonte dos dados de 13 investigações ou experiências relatadas (56%). Além disso, gestores em saúde e conselheiros dos CLS foram público-alvo de oito (34%) e seis (26%) dos estudos, respectivamente. Professores e alunos de instituições de nível superior participaram da experiência de um estudo de relato.

Considera-se importante que os artigos incluídos tenham incluído as contribuições dos diferentes atores que se envolvem nos CLS para uma melhor aproximação da realidade dos conselhos. Usuários, trabalhadores, gestores em saúde e demais atores atuam de acordo com suas contradições e experiências vivenciadas, na busca de consensos entre as diversidades de interesses existentes e na construção de saberes em busca de mudanças.

6.2 Os CLS das UBS no Brasil Segundo as Publicações

Entre as publicações incluídas, os conselhos em âmbito das UBS são chamados, na maioria dos artigos, de CLS (11 artigos, 47%), justificando a escolha desse trabalho por essa denominação. Em sete publicações (30%), esses órgãos recebem o nome de Conselho Gestor Local (CGL), e em dois artigos, desenvolvidos em um mesmo município de estudo, os conselhos das UBS foram denominados como Conselhos de Unidades de Saúde (CONUS). Um artigo realiza duas denominações diferentes

para o mesmo órgão: ora são citados como Conselhos Gestores Tripartite, ora como Comissões de Gestão dos Serviços das UBS. Dois artigos relatam a existência dos Conselhos Populares de Saúde (CPS).

De acordo com o MS (2009b), os CLS podem ser chamados ora de Conselhos Locais, CGL, Conselhos de Gestão Participativa. Às diferentes denominações para essas instituições, pode-se atribuir às diferenças locais de cada região/município dos estudos incluídos. No entanto, a literatura não discute esse aspecto.

Quanto aos CPS, um dos artigos explica que, assim como os CLS, são instituições que acompanham os serviços prestados pelas UBS, impulsionados pelos movimentos e organizações populares. Para outro estudo, os CPS são mais ligados aos problemas gerais da comunidade, incluindo a saúde:

“[...] percebe-se uma diferenciação clara entre ambas as instâncias, pois o Conselho Gestor está voltado às questões da Unidade de Saúde e o Conselho Popular direcionado às questões da comunidade, dentre elas, as da saúde. Os conselheiros populares, ligados ao Movimento de Saúde da Zona Leste demonstram uma visão mais crítica da política de saúde e, ao mesmo tempo, mais ampla quanto às causas pelas quais lutar, tal como o encaminhamento de um abaixo-assinado contra a ALCA (Área de Livre Comércio das Américas)” (A16, p. 328)

Coutinho (1997) explica que os CPS são frutos de reivindicações do movimento popular na cidade de São Paulo, para acompanhar a prestação de serviços nas UBS. Os CPS surgiram antes da legislação federal brasileira sobre a participação da popular no SUS, e representavam o vínculo existente entre usuários, funcionários das UBS e estado. No entanto, essas instituições eram compostas apenas por moradores da região, membros da comunidade.

Para Gohn (2011), existem diferenças entre os CLS e CPS. Segundo a autora, os conselhos em geral são instituições antigas da sociedade e existem de três tipos no Brasil, com diferenças entre eles, os conselhos comunitários, os conselhos populares e os conselhos institucionalizados.

Os CPS foram fortemente impulsionados pelos movimentos populares com finalidade de estabelecer negociações com o poder público. Os CPS estão vinculados às UBS no âmbito da região onde funcionam, e estabelecem diálogo com a unidade de saúde e seus funcionários na discussão sobre as questões ligadas à saúde e no acompanhamento do serviço de saúde prestado. Dessa forma, justifica-se a inclusão desses artigos para essa revisão.

Os conselhos institucionalizados são os conselhos gestores de políticas públicas, nas diversas áreas temáticas de interesse público, incluindo a saúde. Eles foram criados por legislações brasileiras, após pressões e demandas da sociedade, e que o que diferencia dos demais tipos de conselho é a oportunidade em que possuem de mais acesso aos espaços de decisões públicas, como os CLS.

Quanto aos municípios dos CLS nos artigos incluídos, são eles São Paulo-SP (cinco artigos, 21%), São Carlos-SP (três artigos, 13%), Botucatu-SP (dois artigos, 8%) e Rio de Janeiro -RJ, Marília-SP, Teresópolis-RJ, Porto Alegre-RS, Curitiba-PR, Londrina-PR, Natal-RN, Fortaleza-CE e Brasília-DF (um artigo cada). Um artigo relatou também a existência de CLS, vinculados às UBS, em Quixadá e Fortim-CE, Belo Horizonte-MG, Santos, Diadema, Mauá e Votarántim-SP. Um artigo somente explicou investigar os CLS da AB de um município de médio porte na região sul do Brasil, e outro artigo descreveu o município de investigação apenas como localizado no estado de Santa Catarina.

Segundo Labra e Figueiredo (2002), com a institucionalização da participação popular no SUS e a descentralização da saúde, instituiu-se a criação dos CLS vinculados às UBS mais frequentemente em municípios brasileiros de grande porte. Coelho (2007) considera esse fenômeno como estratégia para avançar no princípio da descentralização da saúde em grandes municípios. Segundo a autora, em cidades maiores existe desigualdade de acesso à saúde em relação ao centro e às periferias. Dessa forma, exige-se o envolvimento da população localizada nas periferias das grandes cidades nas questões em saúde para reverter esse cenário.

Alguns estudos incluídos citam a criação dos CLS em UBS após decreto ou legislações municipais ou federais (dois artigos), por estímulo do movimento popular (dois artigos), e por estímulo de parcerias entre universidades e secretarias de saúde (dois artigos). Um artigo relatou a criação dessas instâncias no município por exigência municipal e também por vontade popular.

Côrtes (2002) considera que os CS em geral podem ser estimulados pela estrutura organizativa legal de um país, estado ou município e pelos movimentos populares e sindicais que mobilizam a sociedade. Além disso, devem existir parcerias entre universidade e secretarias de saúde articuladas com as necessidades em saúde da região (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

6.3 A Participação Popular em Saúde nos CLS da AB Segundo as Publicações

Os resultados sobre a participação popular em saúde nos CLS das UBS foram organizados segundo categorias temáticas, a saber:

- Função educativa nos CLS da AB
- Graus da participação popular nos CLS da AB
- Capacidade de organização nos CLS da AB
- Qualidade política da participação popular nos CLS da AB

Tais categorias relacionam-se aos objetivos expostos e ao referencial teórico adotado. Elas foram elaboradas previamente à coleta das informações nos artigos incluídos, e foram importantes para a construção do instrumento de coleta de dados (**Quadro 2**). Elas abarcam, por sua vez, subcategorias originadas do processo de interpretação dos dados, após a coleta dos achados. As subcategorias também se relacionaram ao referencial teórico adotado.

Função Educativa nos CLS da AB

Essa categoria foi elaborada anteriormente à análise dos dados, relacionando-se ao referencial adotado para discussão da participação popular nos conselhos. Ela está sendo entendida como os saberes produzidos, experiências e conhecimentos adquiridos pelos CLS. Também relaciona-se às mudanças em função desse novo saber. Evidenciaram-se como atividades com função educativa dos membros dos Conselhos Locais, estabelecidas como sub-categorias:

- Conhecer e refletir sobre a realidade local;
- Mobilizar-se na busca de melhorias;
- Estabelecer troca de informações com a comunidade.

1. Conhecendo e refletindo sobre a realidade local

Segundo os artigos, os CLS da AB, por meio de seus membros, integram-se à comunidade para melhor conhecer os problemas locais em saúde:

“[...] então a gente tenta, colher informações que eles trazem [...]”
(A1, p. 401).

Conforme referencial teórico adotado, toda a concepção de educação libertadora de Paulo Freire é baseada na relação entre o homem e a realidade. Segundo o autor, o conhecimento da realidade faz o homem adquirir consciência crítica e se conscientizar sobre ela, sendo capaz de transformá-la (2011; 1979).

Considera-se que os conselheiros, ao buscarem informações na população para serem discutidas no espaço dos CLS, podem assumir uma consciência crítica sobre essa realidade.

Dessa forma, assumem um posicionamento mais crítico e fiel às verdadeiras dificuldades da população. Segundo Freire (1979), conhecer a realidade significa passar de um posicionamento ingênuo para um posicionamento mais crítico que permite a reflexão e emancipação dos homens.

Os conselheiros repensam sobre os conhecimentos adquiridos com e na realidade local quando se relata que *“Os representantes dos usuários trazem uma agenda pertinente de problemas, objetivos e demandas, [...]”*. Interpreta-se, dessa forma, que os membros dos Conselhos Locais conseguem refletir sobre as demandas locais definindo suas prioridades de solução.

No entanto, o ato de conhecer a realidade local e refletir sobre ela foi evidenciado discretamente (2 artigos, 8%). Além disso, não foi identificado que as soluções para os problemas encontrados foram fruto das relações de diálogo estabelecidas no âmbito de funcionamento dos CLS das UBS.

Segundo Freire, o diálogo deve fazer parte de toda a metodologia da educação para libertação (2011). O diálogo entre os sujeitos que permite a emancipação e libertação deve ser um diálogo verdadeiro, em que os indivíduos encontram-se para pronunciarem-se ao mundo num ato de criação e reflexão, e não de deposição de idéias e simples troca de informações.

Considera-se que os CLS podem ser mecanismos que permitem o diálogo entre os indivíduos numa busca coletiva constante por emancipação da sociedade local. Eles são espaços educativos, de reflexão e fomento à emancipação dos sujeitos envolvidos, uma vez que ao conhecerem a realidade local procuram atuar sobre ela conforme será relatado em subcategoria temática a seguir.

2. Mobilizando a busca de melhorias

Segundo os artigos incluídos, os membros dos CLS das UBS reivindicam melhorias para a realidade local da comunidade:

“[...] eles são os mais brigões, é, mais brigões, eles vão à luta, porque os conselheiros eles têm poder, né? De reivindicar, de ir atrás, de querer saber quanto dinheiro vem para a saúde, quanto medicamento, é, eles, eles querem reforma, então eles brigam pelo o bem estar tanto para os funcionários como da unidade, e fica brigando, eles não desistem, né?” (A1, p. 402)

“[...] eu até disse para o pessoal ‘eu vou levar para oposição para eles vir filmar’” (A1, p. 399).

Para Freire (2011, 1979), a consequência da conscientização, na educação libertadora, é o compromisso do homem com a transformação da realidade.

Ela acontece quando os homens instigados sobre um objeto da realidade tentam e compreender os como e os porquês desse objeto de investigação. Essa conscientização é fruto dos homens ouvindo, perguntando, investigando, refletindo e construindo novos conhecimentos, sendo uma busca constante.

No entanto, Freire (2011) acredita que a tomada de consciência ainda não é a conscientização enquanto o homem, no desenvolvimento crítico da consciência e apreensão da realidade, não assumir uma posição favorável à transformação social, e atuar para isso.

As falas demonstram que os conselheiros atuam motivados à busca e reivindicações por liberdade, porém de forma ainda discreta, sendo poucos os artigos em que existem esses relatos. Além disso, o próprio conhecimento da realidade e busca por transformação é descrito apenas como atitudes dos conselheiros. Não se percebe nos artigos, o envolvimento das demais pessoas da comunidade nas atividades dos CLS das UBS, no reconhecimento da realidade, discussão, reflexão e busca por transformações.

Considera-se que os CLS são canais de participação abertos para todas as pessoas da comunidade e profissionais dos serviços de saúde. Mesmo que a comunidade e trabalhadores dos serviços não atuem diretamente na investigação da realidade, a participação dessas pessoas nas atividades e encontros dos Conselhos Locais permite o envolvimento nas discussões e uma ampliação e questionamento dos seus conhecimentos.

Além disso, assim como os conselheiros locais, os profissionais e, principalmente, os moradores da comunidade estão inseridos nessa realidade e se reconhecerão nos argumentos e discussões expostos, ampliando a troca de saberes desses espaços.

Conforme Freire (2011), a educação acontece quando os indivíduos questionam seus conhecimentos quanto aos novos conhecimentos adquiridos da realidade. Essa reflexão que os indivíduos conseguem fazer permite que eles se emancipem em busca de libertação daquilo que os oprime.

3. Estabelecendo troca de informações com a comunidade

Segundo um dos artigos incluídos, o encontro entre os conselheiros e comunidade na busca de informações sobre a realidade local também permite atualizar a população sobre as propostas e discussões dos CLS quanto à solução dos problemas encontrados, conforme relatos:

“[...] e, na medida do possível, estar levando o que a gente encontra de problema [...] quais são as diretrizes que a gente tem que seguir também e estar explicando para a população como a gente vai estar trabalhando em cima disso, né? [...]” (A1, p. 401).

Considera-se que a troca de informações entre conselheiros e comunidade um importante momento em que a comunidade também pode refletir sobre o que está sendo realizado em prol da população, e ao mesmo tempo, sobre si mesma e sua atuação, como indivíduos detentores de direitos e deveres na sociedade.

Além disso, deve existir transparência das ações dos CS, existindo mecanismos que informem a população sobre o funcionamento dos conselhos, como a elaboração de cartilhas, jornais ou outros tipos de publicações. Esse acesso da população às informações sobre os conselhos contribui com a representatividade dessas instituições (ASSIS; VILLA, 2003; GOHN, 2011).

No entanto, não foi evidenciado que a comunidade discutiu ou repensou melhor seus próprios problemas locais e reposicionou-se na busca de melhorias, a partir das informações repassadas pelos membros dos CLS das UBS.

Conforme Freire (2011), o diálogo quando se ocupa da palavra que não condiz com a realidade vivenciada impossibilita a experiência dialógica emancipadora. O diálogo deve pautar-se numa relação de respeito, humildade, confiança e amor entre os

homens, valorizando a ação reflexiva de cada pessoa segundo sua vivência com o mundo. Ele deve ter como objeto de curiosidade a realidade vivenciada e deve ser orientado pela aptidão dos sujeitos envolvidos.

Ressalta-se, no entanto, que devido à pequena quantidade de artigos incluídos e que relataram sobre a função educativa nos CLS da AB, pode ser incompleta a visualização do potencial das relações dialógicas que são estabelecidas na atuação dos conselhos.

A função educativa nos CLS das UBS foi estabelecida por meio da investigação dos conselheiros sobre a realidade, reflexão sobre os conhecimentos adquiridos nessa busca, e mobilização para reivindicação por melhorias locais. Os conselheiros conseguem também reafirmar o espaço dos CLS perante a população quando repassam informações sobre as atividades dos conselhos. Considera-se que o *ser membro conselheiro do CLS da UBS* possui uma função educativa principalmente para esses atores que buscam por alternativas à libertação. Quando os sujeitos participantes dos artigos incluídos relatam que explica à comunidade “[...] *quais são as diretrizes que a gente tem que seguir também e estar explicando para a população como a gente vai estar trabalhando em cima disso, né?*”, pode-se interpretar que os conselheiros reafirmam-se como integrantes dos conselhos e buscam caminhos para a resolução das necessidades identificadas na realidade local.

No entanto, não ficou demonstrado o envolvimento de demais pessoas da comunidade na busca por transformação no espaço dos Conselhos Locais, mesmo sendo repassadas informações à comunidade sobre o funcionamento dos conselhos. Devido à pequena quantidade de artigos incluídos e que demonstrassem sobre a função educativa nos CLS das UBS, uma visualização mais ampla do potencial das relações estabelecidas nos conselhos pode ter sido prejudicada.

Considera-se que os CLS são potenciais espaços para singularidade de experiências dialógicas e educativas que podem permitir. Eles podem manter encontros entre os diferentes sujeitos da comunidade e trabalhadores dos serviços de saúde, sendo eles conselheiros ou não. Os conselheiros passam a se ocupar da tarefa de conhecer a realidade, refletir sobre ela e mobilizar melhorias locais. Eles podem também informar a população incentivando a mobilização da própria comunidade local, como agentes de transformação. No entanto, os artigos incluídos não apresentam esse aspecto como uma prioridade de discussão, mas como uma

prática dos conselheiros, não sendo demonstrada também situações de mobilização da comunidade para transformação local.

Na categoria temática a seguir, será descrito sobre o grau de participação dos CLS da AB, segundo os artigos incluídos nessa revisão.

Grau da Participação Popular nos CLS da AB

Essa categoria foi elaborada anteriormente à coleta de dados e refere-se à escala de graduação da participação popular nos conselhos, conforme referencial adotado. Considerou-se como subcategorias temáticas a saber:

- Participação popular nos CLS da AB;
- Barreiras à participação popular nos CLS da AB

1. Participação popular nos CLS da AB

Segundo os artigos, a participação popular nos CLS da AB se aproxima da pseudoparticipação e de formas de participação parcial, conforme relatos a seguir:

“[...] olha, o conselho gestor está ainda capengando. [...] é o que acontece aqui, temos o conselho, mas você não vê resultados [...]” (A6, p. 474).

“[...] Algumas vezes só criticam e não resolvem nada [...]” (A9, p. 454).

“[...] as atribuições previstas para o CG [Conselho Gestor] revelam uma prática [...] [de] racionalização do serviço através do gerenciamento administrativo da unidade” (A3, p. 485).

Para Pateman (1992), existe uma pseudoparticipação quando prevalece apenas o sentimento de ter participado. Nesse caso, as decisões são tomadas por uma única pessoa e geralmente já foram definidas até mesmo antes da discussão entre os grupos interessados.

Na participação parcial, as decisões também são tomadas por uma única pessoa. No entanto, os outros grupos de interesses conseguem influenciar ou fazer suas opiniões serem consideradas para a tomada de decisão final.

Considera-se que prevalece a pseudoparticipação nos CLS da AB, pois não foi demonstrado, na maioria dos artigos, que os Conselhos Locais das UBS conseguem influenciar as tomadas de decisão. Quando se relata que *“[...] ultimamente está mais, tipo, vamos dizer, vindo a pauta pronta do chefe da regional [...]”,* demonstra-se claramente

que existe o sentimento em ter participado, no entanto, as decisões foram pré-determinadas pelas autoridades da gestão em saúde.

Considera-se que prevalece a pseudoparticipação nos CLS da AB, pois não foi demonstrado, na maioria dos artigos, que os Conselhos Locais das UBS conseguem influenciar as tomadas de decisão. Quando se relata que “[...] *ultimamente está mais, tipo, vamos dizer, vindo a pauta pronta do chefe da regional [...]*”, demonstra-se claramente que existe o sentimento em ter participado, no entanto, as decisões foram pré-determinadas pelas autoridades da gestão em saúde.

Existem formas de participação popular parcial quando é demonstrado que os CLS da AB atuam no gerenciamento da unidade, conforme relato “[...] *as atribuições previstas para o CG revelam uma prática [...] [de] racionalização do serviço através do gerenciamento administrativo da unidade*”. Não se interpretou que ao atuarem no gerenciamento das UBS, os CLS exercem uma participação popular plena, visto que não foi relatada a igualdade entre as partes na tomada de decisão.

Conforme Pateman (1992), a participação plena acontece quando os grupos interessados tomam as decisões juntos, tendo eles condições de igualdade de poder e de acesso às informações necessárias para participar.

Segundo Gohn (2011), para a participação plena nos CS é necessário entre outros fatores, o posicionamento favorável dos gestores em saúde, a capacitação dos conselheiros e o acesso pleno às informações necessárias ao funcionamento dessas instituições. Na subcategoria temática a seguir, são descritas as principais causas que dificultam a participação popular plena ou total nos CLS das UBS, segundo os artigos incluídos.

2. Barreiras à participação popular nos CLS da AB

Os artigos incluídos apontaram barreiras à participação popular plena dos CLS da AB. Foi identificado, conforme os relatos a seguir nos artigos incluídos, que as secretarias de saúde nos municípios de abrangência dos CLS se posicionam na maioria das vezes desfavoravelmente às sugestões aos problemas encontrados e demandas dos conselhos:

“Ficou evidente para os conselheiros que o processo decisório público da burocracia interna da Secretaria Municipal de Saúde de

Teresópolis não acata as decisões do CG, rompendo com sua autonomia” (A3, p. 493).

“As participantes enfatizaram na discussão a falta de retorno do gestor municipal, às questões levantadas nos conselhos gestores locais. Para as participantes, as ações voltadas para o controle social, dependem em grande parte, do encaminhamento que a Secretaria Municipal de Saúde dá às questões e necessidades identificadas” (A15, p. 419).

Considera-se que a dependência dos conselhos em relação ao gestor em saúde e o não atendimento às demandas da população são formas de posicionamento desfavorável dos gestores em relação aos CS. Essas são reflexos de uma cultura política tradicional de desigualdade de poder entre os atores nas arenas de participação (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Conforme referencial teórico adotado, a participação acontece em relações desiguais de poder, sendo necessários elementos como o acesso à informação para a participação plena (PATEMAN, 1992). Ressalta-se o poder como sendo relações de forças entre as pessoas, e quem possui mais saber e conhecimento adquirido pode influenciar mais as decisões em saúde (FOUCAULT, 1991 apud WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

A dificuldade de participação popular plena nos CLS da AB também é atribuída, em um artigo, ao momento eleitoral vivenciado pelos municípios. Segundo o artigo, o momento eleitoral pode ser um recurso aos conselhos, no entanto, na maioria das vezes é percebido pelos seus membros como uma barreira à participação plena na saúde:

“Alguns usuários [...] acreditam que o momento [eleitoral] favorece fazer denúncias, induzindo os executores a realizarem as promessas o mais rapidamente possível para conseguir mais recursos para o bairro, [...] a favor do conselho” (A1, p. 399).

“[...] de agora para frente, porque é ano de eleição [...] Você tem que saber o que você vai falar agora porque senão... [...]” (A1, p. 399).

A barreira à participação popular plena gerada no momento eleitoral dos municípios também reflete uma condição de desigualdade de poder no exercício da participação, conforme explicou Pateman (1992). Em relações desiguais de poder, são comuns situações em que os representantes da minoria privilegiada procuram manter as relações de disparidade em benefício próprio (DEMO, 2009).

Quando se relata que *“[...] de agora para frente, porque é ano de eleição [...] Você tem que saber o que você vai falar agora porque senão... [...]”*, percebe-se o medo dos

conselheiros com a perseguição aos membros dos CLS, realizada por aqueles que possuem interesse em manter as situações de desigualdade.

Segundo referencial teórico de Demo (2009), participar é conquistar poder. Dessa forma, podem existir situações nas quais se desmobilizam o movimento participativo, entre elas, a negação aos canais de participação, a manipulação, perseguição, clientelismo e a cooptação dos líderes, oferecendo-se favores em troca da submissão e não-reinvindicação pelas situações de justiça e igualdade.

Alguns artigos também demonstram a importância da capacitação e acesso às informações aos membros dos conselhos, comunidade e profissionais dos serviços para a participação plena. Segundo os artigos, a dificuldade de capacitação aos conselheiros faz prevalecer discursos vagos e pouco resolutivos nos CLS da AB:

“[...] [os trabalhadores] sinalizam que deveriam ser [...] capacitados” (A10, p. 455).

“[...] a falta de informação [...] dos representantes dos usuários, limita bastante a sua capacidade de discernimento e deliberação” (A14, p. 92-93).

“Assim, não é de se estranhar que os representantes de usuários apresentem propostas de gestão bastante vagas, [como] dar condições dignas de atendimento, melhorar os serviços [...]” (A14, p. 93).

Conforme referencial teórico de Pateman (1992), o acesso às informações é condição para a participação plena.

Aciole (2006; 2007) também explica que o acesso a conhecimentos específicos colabora com o acúmulo de poder, desencadeando o sentimento de mobilização nos indivíduos e a participação de forma mais plena. Segundo o autor, esse conhecimento/saber pode ser gerado de diversas maneiras, como, por exemplo, pela experiência dos homens com situações concretas da realidade.

Para Freire (2011), e conforme relatado na categoria temática *Função Educativa da Participação Popular nos CLS da AB*, o acesso às informações da realidade e produção de conhecimentos permitem a reflexão crítica e posicionamento dos homens em favor da transformação e participação.

Avalia-se que o conhecimento da realidade, seja ela por meio de experiências concretas dos indivíduos ou por informações disponibilizadas por gestores, profissionais, mídia, entre outros, colabora com a formação de sentimento de transformação nos indivíduos. Esse sentimento de transformação pode ser entendido como acúmulo de poder entre as pessoas, uma vez em que se sentem

mobilizados e desencadeiam a mobilização, acumulando forças para que as mudanças tornem-se reais. A reivindicação por mudanças busca as condições de igualdade e de melhoria na vida das pessoas.

Quando se relata que “[...] [as] propostas de gestão bastante vagas, [como] dar condições dignas de atendimento, melhorar os serviços [...]”, demonstra-se que, segundo os artigos, os conselheiros dos Conselhos Locais carecem de conhecimentos específicos que promovam um sentimento de transformação e de busca mais significativo. Além disso, pode-se interpretar também que apenas a noção de que os serviços de saúde precisam melhorar não é suficiente para mobilizar e acumular forças em busca de melhorias e nem para tornar iguais as condições entre as partes na arena de decisão para a participação plena.

A aquisição de informações e conhecimento pode ser obtida de diversas formas, por meio do contato direto com essa realidade ou por outros mecanismos que promovam a reflexão e conscientização dos homens em busca por mudanças (FREIRE, 2011).

Segundo o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, devem ser livres aos conselheiros as informações sobre a produção dos serviços de saúde, custos de atendimento, indicadores de saúde, entre outras informações necessárias ao funcionamento dos CS. Além disso, deve-se manter a população informada sobre as ações em saúde e sobre o SUS, por meio dos diversos mecanismos, entre eles, a elaboração de publicações, as mensagens de linguagem popular por meio do rádio, televisão e internet entre outros, e também por meio de encontros com a população, em plenárias maiores ou encontros locais.

Dessa forma, interpreta-se que os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde devem ser agentes de veiculação das informações que possuem, intensificando suas atividades educativas, de publicação de informações e de encontro com a comunidade, contribuindo para o aprendizado e educação libertadora.

Considera-se que a participação popular nos CLS da AB tem acontecido como uma pseudoparticipação e existem formas de participação parcial. Para a participação popular plena nos CLS das UBS, carece-se de igualdade de poder entre os atores na arena de decisão, reflexo da cultura política tradicional. O acesso pleno às informações pode contribuir à igualdade e acúmulo de poder entre as pessoas, pois mobiliza forças para reivindicação de melhorias nas condições de vida. Esse acesso

às informações deve ser implementado pelos gestores em saúde e profissionais dos serviços quando possuem disponíveis as informações necessárias ao funcionamento dos CS. Além disso, as informações podem ser veiculadas também pelas publicações ou por meio do rádio e televisão, entre outros.

Ressalta-se ainda que as informações e conhecimentos são produzidos também com e na realidade, por meio da vivência e diálogo entre os conselheiros, pessoas da comunidade e trabalhadores dos serviços de saúde. Dessa forma, os profissionais e gestores em saúde devem intensificar suas ações educativas e encontros com a população e conselheiros, promovendo e disponibilizando informações ricas de conhecimento da realidade, que provoquem a discussão, diálogo, reflexão e sentimento de transformação.

A Capacidade de Organização para Participar nos CLS da AB

A capacidade de organização dos CLS das UBS para participar foi identificada nos artigos incluídos segundo as dificuldades de sistematização das suas atividades. Identificou-se na maioria dos estudos incluídos que os CLS das UBS não mantêm a frequência de reuniões e existem falhas na divulgação das datas e horários dos encontros:

“Os representantes dos usuários e dos profissionais de saúde responsabilizam os representantes da gestão, e os conselheiros representantes da gestão responsabilizam os profissionais de saúde pela falta de reuniões em 2005” (A3, p. 492).

“[...] percebeu-se uma desarticulação entre os conselheiros de todos os segmentos, assim como falhas na divulgação das datas e horários das reuniões [...]” (A7, p. 16).

Conforme referencial teórico de Pedro Demo (2009), a capacidade de organização dos mecanismos participativos cristaliza qualquer esforço em participar. O autor explica que ela significa assumir formas conscientes de organização, senão a participação se tornaria apenas um agrupamento de pessoas que não conseguiria influenciar as decisões com bons resultados aos grupos de interesses. Somente dessa forma, poderá surgir a negociação no cenário de conflitos e de desigualdade de poder.

Para Demo, as formas frágeis de organização para participação favorecem aos representantes da minoria privilegiada. Interpreta-se que essa dificuldade desfavorece a relação de forças, que se tornam dispersas, e, além disso, contribui

com as situações já descritas que desmobilizam o movimento participativo, como, por exemplo, a cooptação dos líderes, quando se oferece benefícios às lideranças participativas em troca de submissão.

O CNS, por meio da Resolução Federal nº 333/2003, regulamenta o funcionamento dos CS, recomendando que essas instituições reúnam-se minimamente uma vez ao mês e conforme regimento interno de cada conselho. Os CS devem planejar a pauta de discussão nas reuniões e enviar o material de leitura necessário aos conselheiros antecipadamente.

Conforme Bispo Júnior e Martins (2012), em muitas localidades do Brasil, os CS não conseguem manter a frequência de reuniões proposta pelo regimento interno de cada lugar. Os autores acreditam que a irregularidade das reuniões nos CS é fruto da incipiente cultura em participar. Demo (2009) explica que a insuficiente cultura de participação da população é produto histórico da dominação e das relações desiguais de poder da sociedade. Dessa forma, assim como nos demais espaços públicos, coexiste nos CS a ambiguidade entre as iniciativas emancipadoras e os fortes traços da cultura tradicional de desigualdade de poder e cultivo ao clientelismo e troca de favores na população (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Analisa-se que a irregularidade das reuniões nos CLS das UBS e a dificuldade em divulgar as datas e horários dos encontros, refletem a incipiente capacidade de organização para participar. Essa insuficiente capacidade de organização torna os CLS da AB fragilizados e a relação de forças entre os membros conselheiros dispersa. Quando se relata que “[...] percebeu-se uma desarticulação entre os conselheiros de todos os segmentos [...]”, apreende-se que os conselheiros ainda possuem uma delicada cultura em participar. Além disso, os artigos também demonstram a fragilidade da organização e associação participativa nos CLS quando os representantes conselheiros culpam-se entre si pela irregularidade de frequência das reuniões, conforme o segundo relato dessa categoria temática.

Conforme Freire (2011), os homens assumem uma postura consciente de procura por libertação e busca por felicidade quando refletem sobre um conhecimento revelador. Esse conhecimento revelador pode ser adquirido por meio da relação do homem com a própria realidade, das relações associativas, de vínculo, solidariedade e diálogo, pois permitem a troca de saberes entre os indivíduos.

Apreende-se, dessa forma, que os serviços de saúde, trabalhadores e gestores em saúde devem intensificar suas atividades educativas e promover cada vez mais a inserção dos indivíduos nos espaços públicos e de interação com a comunidade. O incentivo às relações de troca de informações e saberes entre os indivíduos e ao conhecimento da realidade favorece a construção de vínculos associativos, a busca por partilha de poder, e aumenta a capacidade de organização dos indivíduos para participar.

A dificuldade dos CLS da AB em se organizar para participação popular na saúde também é demonstrada nos relatos sobre a sistematização das discussões e sobre a responsabilidade assumida pela gestão em ter a iniciativa de convocar as reuniões dos conselhos:

“Ainda referente às práticas de participação, os trabalhadores revelam a ausência de sistematização nas discussões desenvolvidas nos espaços institucionais” (A10, p. 454).

“[...] os usuários revelam que quando o povo participa muito dá bagunça” (A10, p. 455).

“São os membros da Secretaria de Saúde quem convocam as reuniões, mesmo o presidente do Conselho sendo um representante dos usuários” (A3, p. 492).

Avalia-se, nos relatos, que os membros dos CLS da AB, quando verbalizam as dificuldades de sistematização das reuniões dos conselhos, ressentem-se das reuniões que não promovem o aprendizado entre os conselheiros e comunidade e que não mobilizam forças para as mudanças da realidade local. Além disso, quando é descrito que *“[...] os usuários revelam que quando o povo participa muito dá bagunça”*, avalia-se que há dificuldades na organização e estabelecimento de acordo comum para aprendizado mútuo e cooperação entre os membros conselheiros e comunidade local, além de um desconhecimento do papel do CLS.

Os CLS são considerados espaços para a participação popular em saúde, abertos para a comunidade, com direito à expressão verbal de suas opiniões. Eles devem ser oportunidades educativas entre comunidade e serviços de saúde, possibilitando o diálogo emancipador.

Segundo Freire (2011), o diálogo para emancipação dos indivíduos não pode acontecer entre aqueles que negam o direito dos outros de pronúncia e entre aqueles que agem com sentimento de autossuficiência e que não se reconhecem nos outros. No encontro para o diálogo não há saber absoluto, mas a busca entre os homens para saber mais. Os sujeitos devem estar voltados reciprocamente para

ouvir e pronunciar-se um ao outro e ao mundo, num ato de criação. Dessa forma, o diálogo para libertação não se trata de uma discussão guerreira, de imposição de idéias, mas sim do encontro dos homens na tarefa e objetivo comum de saber, agir.

No entanto, Demo (2009) explica que são normais as iniciativas de participação que começam de maneira desordenada. Segundo o autor, a comunidade sofre ao longo dos anos com a cultura de repressão da minoria privilegiada e não é tarefa fácil se adquirir o hábito de organização para participação.

Assim, interpreta-se que a dificuldade dos CLS da AB em se organizar para promover discussões que estabeleçam o aprendizado e mobilização de forças para mudanças é fruto da cultura de repressão que ao longo dos anos a comunidade vive. Além disso, os conselheiros e comunidade devem estar voltados para as diversas opiniões e sugestões durante as reuniões. Deve-se assumir uma postura positiva de acolhimento das diversas demandas e propostas para aprendizado e cooperação mútuos.

Acredita-se que a organização da sociedade para participação popular em saúde de forma plena e o posicionamento dos conselheiros e comunidade para aprendizado e cooperação compartilhados deve ser cultivado pelo próprio esforço da função educativa nos CLS e dos membros da gestão e trabalhadores de saúde, no exercício de suas atividades educativas.

A participação, segundo Demo (2009), cultiva nas pessoas a própria cultura em participar, e o compromisso com a diminuição das discrepâncias na condição de vida da população. No entanto, o autor também explica que para isso é necessário condição educativa. É necessário intensificar as atividades informativas e de reflexão que levem a população a questionar a realidade em que vivem.

Os artigos também demonstram que os CLS da AB possuem dificuldade em se organizar para participação em saúde quando identificam que a execução das atividades dos Conselhos Locais são, geralmente, iniciativas dos gestores em saúde. Quando se relata que *“São os membros da Secretaria de Saúde quem convocam as reuniões, mesmo o presidente do Conselho sendo um representante dos usuários”*, evidencia-se que os CLS possuem dificuldade de organização e funcionamento de forma autônoma, capaz de tomar a iniciativa na realização das atividades. A dificuldade de organização dos CLS independente à gestão em saúde também foi demonstrada na categoria temática sobre *Os graus de participação popular nos CLS*

da AB, quando se identificou que os Conselhos Locais possuem como barreira à participação popular plena, o posicionamento da gestão em saúde quanto às demandas e sugestões dos mecanismos participativos.

Segundo Brutscher (2012), os gestores devem assegurar os direitos fundamentais das pessoas e, além disso, a participação dos indivíduos no exercício dos seus próprios direitos. Côrtes (2002) explica que o posicionamento favorável dos gestores em saúde em relação aos mecanismos de participação favorece o cumprimento das decisões e vontades manifestadas nos espaços dos conselhos, na possibilidade de pressionar demais gestores e prestadores dos serviços de saúde.

No entanto, pondera-se que a iniciativa dos gestores em saúde em convocar e organizar as discussões nos espaços dos conselhos pode facilitar a desmobilização popular, estratégias de manipulação e perpetuação de uma pseudoparticipação (DEMO, 2009). Compreende-se que, a menos que as pessoas se envolvam e debatam plenamente, as iniciativas dos gestores em saúde, ao assumirem um papel mais amplo no funcionamento regular dos CLS, facilitam o direcionamento das discussões, pensado bem antes dos encontros entre usuários, gestores e trabalhadores em saúde.

Um dos artigos incluídos nessa revisão destaca a forte articulação e integração entre os conselheiros locais e comunidade fortalecendo a capacidade de organização nos CLS da AB:

“[...] em vez de contra, trabalhar junto, mas trabalhar junto para o bem da população, eu acho que as coisas vão sair melhor, [...]” (A1, p. 402).

Segundo Demo (2009), a capacidade de organização para participação envolve a forte coesão comunitária que depende da identificação cultural de um grupo. De acordo com o autor, a organização para participação tem como motivação e mobilização primeira o que a toca ou atrai no sentido de algum lastro de sua identidade cultural.

Compreende-se no artigo que os conselheiros ressentem-se da frágil coesão comunitária entre os membros da comunidade. Quando relata-se *“[...] se todo mundo se juntasse para conseguir as coisas do posto, para o posto aqui, nossa! Seria uma beleza! Entendeu?” (A1, p. 402);* identifica-se que os conselheiros percebem que a união entre eles e comunidade auxilia na capacidade de busca de benefícios para melhoria da qualidade de vida da comunidade local.

Destaca-se a importância do cultivo à cultura popular como motivação essencial à mobilização participativa. As iniciativas de educação em saúde que valorizam o cotidiano das pessoas e cultura popular são essencialmente participativas e incentivam a construção de autonomia das pessoas e comunidade (PEKELMAN, 2008).

Na categoria temática a seguir, será discutido sobre a qualidade política da participação popular nos CLS da AB, segundo os artigos incluídos nessa revisão.

Qualidade Política da Participação Popular nos CLS da AB

A qualidade política da participação popular nos CLS das UBS foi avaliada segundo os critérios da representatividade, participação da base, auto-sustentação e legitimidade. Essas subcategorias se relacionam ao referencial teórico adotado de Demo (2009).

1. A representatividade nos CLS da AB

Segundo Demo (2009), a representatividade tem a ver com a qualidade política dos representantes, no exercício da função de delegado perante seus representados. A representatividade se relaciona com a escolha e desempenho dos representantes em relação aos seus representados.

Dessa forma, a representatividade nos CLS das UBS foi evidenciada, segundo os artigos incluídos, quanto à composição dos membros dos Conselhos Locais, o envolvimento da comunidade na eleição dos membros dos Conselhos Locais, o método de escolha dos membros conselheiros representantes dos usuários e quanto ao desempenho dos conselheiros locais e suas barreiras, no exercício da função de delegado perante seus representados.

Sobre a composição dos membros nos CLS das UBS, identificou-se que nem sempre é obedecido o princípio da paridade em relação aos representantes dos usuários, conforme estabelecido na Resolução Federal nº 333/2003:

“[...] a maioria dos conselhos pesquisados tinha a paridade desrespeitada, com mais trabalhadores e gestores que usuários e,

em um deles, todos os trabalhadores participavam, independente de serem representantes [...]” (A1, p. 401).

“[...] apesar de deverem obedecer a paridade, em sua grande maioria continuam mantendo a composição anterior à 1ª Conferência Municipal de Saúde, ou seja, com representações iguais de usuários, trabalhadores de saúde e administração” (A14, p. 91).

De acordo com a Resolução Federal nº 333/2003, os representantes dos usuários devem compor metade das vagas dos membros conselheiros de saúde. As demais vagas devem ser compostas pelos representantes dos trabalhadores, gestores em saúde e prestadores de serviços.

Carvalho (1997) explica que essa discriminação positiva torna os CS mais equilibrados em relação às demandas dos segmentos com menos acesso ao poder.

Segundo Escorel e Delgado (2008), a composição de CS não paritários em relação aos usuários é frequentemente observada no Brasil e significa a inviabilização da vocalização das demandas e necessidades de grupos e pessoas comuns, geralmente alheias ao debate em saúde.

Demo (2009) também explica que a composição dos movimentos participativos que sirva à imposição dos interesses da minoria privilegiada deve ser evitada.

Compreende-se que qualquer alteração na composição dos membros conselheiros quanto aos representantes dos usuários significa desrespeito ao pressuposto da paridade.

A composição de CS não paritários em relação aos usuários inviabiliza a oportunidade de pessoas comuns participarem e refletirem sobre os objetivos de melhoria da realidade local.

Além disso, a formação de CS com participação de gestores e trabalhadores em saúde em maior número do que o recomendado pode favorecer também a imposição dos interesses desses grupos em relação às necessidades dos usuários, pois aumenta forças nos segmentos que geralmente já possuem mais acesso às informações em saúde e aos outros mecanismos de absorção e resolução de demandas.

Os artigos incluídos ressaltam também o envolvimento ou não da população de abrangência da UBS na eleição dos conselheiros locais. Os conselheiros representantes de usuários são advindos dos movimentos populares locais, e a comunidade, quando envolvida e organizada, garante maior diversidade dos membros eleitos, além da concorrência entre mais de uma chapa nas eleições:

“Participaram da eleição mais de 65.000 pessoas e foram escolhidos 1.039 conselheiros” (A8, p. 59).

“Boa parte dos representantes, aliás, vem dos movimentos populares, o que lhes garante uma representação qualitativamente diferenciada pelo acúmulo de discussão” (A14, p. 92).

“Foram eleitos os Conselhos de Unidade de Saúde (CONUS), e no bairro onde já havia alguma organização com a comunidade a eleição foi mais disputada, aparecendo mais de uma chapa para concorrer” (A9, p. 34).

Considera-se que o intenso envolvimento da população torna legítima a escolha dos conselheiros representantes dos usuários. Além disso, Demo (2009) explica que é importante a heterogeneidade de opiniões e segmentos nos mecanismos participativos. Segundo o autor, devem ser evitadas chapas únicas na eleição dos representantes, sendo o dissenso entre eles importante como fonte de criatividade e controle para os representados, por meio da oposição de idéias e elaboração de projetos alternativos de trabalho.

Compreende-se também que a heterogeneidade de segmentos representantes permite a vocalização de demandas dos diversos grupos inseridos na comunidade. Além disso, permite que as diferentes opiniões que possam surgir enriqueça a força educativa dos CLS, por meio da troca de informações e discussão, na mobilização para busca de melhorias locais.

O método de escolha dos representantes também é importante para a representatividade dos membros conselheiros e mecanismos participativos. Identificou-se nos artigos incluídos que os conselheiros locais são escolhidos por meio do voto direto e também por assembléia dos movimentos populares:

Os representantes dos usuários, dependendo da unidade de saúde, são escolhidos por diversos processos como o voto direto, eleição no conselho, assembléia de movimento popular (A14, p. 92).

Segundo Demo (2009), os mecanismos de participação são representativos quando seus representantes foram eleitos por votação geral e livre, em ambiente de transparência dos procedimentos de escolha.

Dessa forma, entende-se que as assembléias dos movimentos populares para eleição dos conselheiros significa ao mesmo tempo intenso envolvimento comunidade, no entanto, podem excluir dos procedimentos de escolha aqueles grupos da comunidade não envolvidos com o movimento.

A representatividade também se relaciona com o desempenho dos representantes nos mecanismos de participação popular. Foram descritas, ainda, as barreiras ao desempenho dos conselheiros locais, evidenciadas nos artigos incluídos.

Os estudos demonstram como baixo o desempenho dos representantes dos CLS da AB perante seus representados. Os CLS às vezes passam despercebidos pela comunidade e existe um sentimento de desconfiança dos representados:

“Os usuários, por sua vez, não fizeram referência aos conselhos de saúde como espaços instituídos para a participação popular” (A10, p. 453).

Conforme melhor explicou Pitkin (1969, apud CÔRTEZ, 2009), a representação nos mecanismos de participação é a ação política substantiva dos representantes em relação aos seus representados. Segundo a autora, ser representativo significa o pleno exercício de agir pelo outro, na atividade de representar e defender seus interesses.

Relaciona-se à baixa ação política substantiva dos CLS da AB à prevalência da pseudoparticipação/participação popular parcial evidenciada em categoria temática anterior. Como os CLS nem sempre correspondem às expectativas da população, tornam-se fragilizados como mecanismos de participação e deixam de ser percebidos como tal, prevalecendo o sentimento de desconfiança demonstrado no relato *“então é o tal negócio, eu vou reclamar aqui ninguém vai ver [...]”*.

Além disso, um artigo relatou a dificuldade dos conselheiros quanto à vocalização dos interesses dos representados:

“[...] o que eu deveria fazer seria passar solicitações dos funcionários para a melhoria [...] da nossa condição de trabalho, né? [...] o pessoal não me passa muita solicitação [...] e também não sou um cara muito participativo [...]” (A1, p. 403).

Considera-se que as barreiras à participação popular plena e a insuficiente cultura em organização para participar podem explicar o incipiente desempenho dos CLS da AB na representação dos interesses dos segmentos. No relato acima, identifica-se na fala do conselheiro, a fragilizada cultura de organização para participação que dificulta seu desempenho como membro do conselho.

Além disso, as barreiras à participação popular plena, como o posicionamento desfavorável dos gestores em saúde em relação aos Conselhos Locais e a dificuldade de acesso às informações necessárias ao funcionamento dos conselhos,

explicados em categoria temática anterior, podem influenciar na baixa representatividade nos CLS da AB.

Os artigos também ressaltam outras barreiras que dificultam a representatividade dos CLS e seus membros em relação aos representados. Identificou-se a baixa inserção dos conselheiros locais na comunidade, que tendem a vocalizar seus interesses individuais nos espaços dos CLS, a apropriação dos discursos dos profissionais e gestores em saúde e a frequente rotatividade dos conselheiros.

Os artigos incluídos demonstram que os conselheiros representantes dos usuários nem sempre possuem uma inserção desejada na comunidade para exercício das suas funções no funcionamento dos CLS, prevalecendo a defesa de interesses pessoais:

“Então ele tá ali se representando, mesmo, não tem uma inserção na comunidade, mesmo” (A5, p. 375).

“[...] só vai funcionar quando existir um interesse de lutar pelos direitos da comunidade e não só pessoal [...]” (A10, p. 454).

Segundo Demo (2009), a representatividade é um critério difícil de ser alcançado, pois os representantes quando eleitos tendem a se afastar de seus representados, buscando-os apenas quando precisam se manter em posição privilegiada.

Além disso, reconhece-se a defesa de interesses pessoais entre os conselheiros, identificada frequentemente nos relatos de outros estudos na literatura (LABRA, 2002; 2008).

De acordo com o referencial teórico de Demo (2009), para se alcançar um alto nível de representatividade é necessário que os representantes convivam constantemente com a comunidade, tenham vivência dos seus problemas e necessidades, e que tenham forte identidade ideológica prática, capaz de desenvolvimento de projeto emancipatório comunitário.

Considera-se também que a busca insistente dos conselheiros para conhecimento da realidade e demandas da comunidade desmobiliza a defesa dos interesses pessoais e facilita o desenvolver de um projeto comum benecitário.

A comunidade deve, ainda, relacionar-se com seus representantes, tornando-se independente a eles e estabelecendo um círculo vicioso de cooperação, conforme explicado por Labra (2002). É comum, segundo Lima (2001), a relação de dependência dos representados em que tudo se espera ser resolvido pelos seus representantes conselheiros.

Os artigos também relataram a apropriação dos discursos técnicos dos trabalhadores e gestores em saúde e a intensa rotatividade dos membros conselheiros como barreiras à representatividade:

“[...] os membros do CG, contraditoriamente, apropriaram-se do discurso dos gestores e dos profissionais de saúde sobre a estratégia Saúde da Família, mas a comunidade não, e isto tem gerado conflito” (A3, p. 490).

“[...] desistência de continuar na função de representante, havendo muita rotatividade dos conselheiros” (A15, p. 420).

O uso discurso técnico-científico no espaço dos CS foi tema do estudo desenvolvido por Wendhausen e Caponi (2002), sobre um CMS. Segundo as autoras, prevalece a utilização da linguagem técnica nas reuniões dos conselhos como forma de imposição dos interesses dos representantes da minoria privilegiada, principalmente o segmento governamental.

Entende-se que o uso de linguagem técnica pelos conselheiros representantes dos usuários é a demonstração das relações desiguais de poder nos espaços dos CLS. Os representantes dos usuários assimilam a imposição dos interesses dos representantes da minoria privilegiada e promovem a perpetuação da pseudoparticipação. Dessa forma, os conselheiros representantes dos usuários deixam de ser representativos, na defesa dos interesses dos segmentos representados.

Além disso, corre-se o risco de que os CLS deixem de ser espaço educativo e mecanismo de transformação, pois não se estabelece o diálogo na vocalização das diferentes opiniões entre os sujeitos.

Considera-se importante, conforme já explicado, o investimento educacional aos membros dos conselhos, capacitando-os sobre as informações necessárias ao funcionamento dos CLS. No entanto, esse conhecimento deve ser libertador, conforme Freire (2011). Os conselheiros devem ser constantemente preparados para que possam exercer papel substantivo na comunidade, sendo agentes de transformação. Eles devem se tornar agentes de mobilização em busca de mudanças diante das explicações dadas pelos representantes do governo e trabalhadores em saúde sobre as demandas da população.

Um artigo considerou também que a frequente rotatividade entre os conselheiros locais dificulta o exercício da representação perante os segmentos. Segundo o relato, é frequente a desistência dos conselheiros no exercício dessa função.

Para Demo (2009), não é ruim que existam trocas entre as lideranças que exercerão o papel de defesa dos interesses da comunidade. No entanto, segundo os artigos incluídos, essas trocas nem sempre são naturais e acontecem em decorrência da desistência dos conselheiros em exercerem essa função nos CLS. Além disso, a frequente rotatividade entre os membros conselheiros pode ser consequência de uma desmobilização da própria população.

Algumas atividades de educação em saúde foram relatadas nos artigos para aumentar a representatividade e reconhecimento dos CLS da AB perante a população. Foram citadas a produção de material didático e reuniões com representantes da comunidade para diminuir a desinformação sobre os conselhos e aproximar a comunidade dessas instâncias:

“No momento, estão colhendo subsídios para a organização do 2º Encontro de CONUS e buscando reduzir a desinformação a respeito destes conselhos, pela produção de material informativo dirigido aos usuários dos serviços e por constantes reuniões com dirigentes das unidades de saúde e lideranças comunitárias” (A13, p. 165).

“Após essa etapa, algumas mudanças foram sentidas: o Conselho Local de Saúde tornou-se mais representativo, iniciou-se um planejamento local e os trabalhadores da UBS mostraram-se mais interessados em discutir estratégias para a melhoria do trabalho [referindo-se a uma atividade de educação em saúde realizada entre os participantes do estudo]” (A21, p. 112).

2. A participação da base

A participação da base refere-se ao princípio da mobilização organizada das bases (DEMO, 2009). Ela foi evidenciada nos artigos incluídos principalmente quanto ao envolvimento da comunidade e desmobilização dos trabalhadores e gestores em saúde na proposta dos CLS da AB. Além disso, os estudos identificam causas para o baixo envolvimento comunitário nos conselhos, e indicam sua importância, relatando as atividades realizadas para promovê-lo.

Segundo os artigos, é baixo o envolvimento da população nas atividades dos CLS da AB. É citada também a desmobilização dos trabalhadores e gestores em saúde quanto às reuniões dos conselhos:

“[...] quando tem reunião do conselho as pessoas nem aparecem [...]” (A10, p. 455).

“Alguns membros da equipe de saúde ressaltam que ocorre uma discreta participação da população [...]” (A20, p. 757).

“[...] pois por mais que acreditem no potencial dos conselhos e vejam sua importância, sentem-se desmotivadas a participar [sobre o envolvimento da enfermeira no CLS]” (A15, p. 420).

“[...] os trabalhadores se comprometem porque a gente tem que fazer, mas não que eles queriam também” (A1, p. 400, fala de um gestor).

Interpreta-se nos relatos acima que a participação popular nos CLS da AB carece, principalmente, das bases representadas da comunidade. Mesmo sendo relatado o intenso envolvimento comunitário na proposta de formação dos CLS, conforme categoria temática anterior, *a representatividade nos CLS da AB*, o envolvimento comunitário no decorrer do funcionamento dos conselhos é baixo. Ressalta-se ainda a desmobilização dos próprios conselheiros representantes dos trabalhadores e gestores em saúde.

Demo (2009) considera como frágil participação das bases nos movimentos participativos. O autor explica que após a escolha formal dos seus representantes, os movimentos participativos geralmente convivem com o drama da liderança isolada, em que os representados acreditam que os representantes irão resolver todos os seus problemas, ocorrendo um esvaziamento do número de pessoas envolvidas nesses espaços.

Demo também explica que a participação das bases somente alcança um nível desejável quando existe um grupo coeso, consciente dos seus objetivos e com identidade cultural, ou seja, em que todos os membros compartilham e vivenciam entre si os problemas, angústias, vitórias e derrotas.

Dessa forma, Lima (2001) demonstra que o interesse e mobilização dos segmentos nas atividades dos CS estão relacionados ao desejo que as pessoas possuem na defesa dos princípios do SUS. Segundo o autor, os movimentos populares alcançam nível desejável de participação das bases, pois entendem a política de saúde como a implantação de políticas sociais mais redistributivas que transformam a sociedade.

Os artigos também identificaram outras possíveis causas para o baixo desempenho da participação das bases. Foram apontados nos relatos a seguir, o desinteresse pessoal dos usuários, a questão tempo, e o desafio da conscientização e amadurecimento quanto à importância da profundidade em participar:

“Nunca participei e não me interessa não tenho tempo” (A10, p. 455, fala de um usuário).

“[...] a população ainda não entende muito isso, de que ela, eles têm uma ferramenta na mão de decisão, de que eles podem estar

sugerindo e norteando tarefas do, no caso, poder público” (A1, p. 402).

“[...] O envolvimento da comunidade ainda é pequeno, falta ainda a conscientização da necessidade de participar ativamente no processo” (A11, p. 53).

Conforme explicado por Demo (2009), o sucesso do movimento participativo depende da suficiente cultura em participar. Lima (2001) demonstra que a cultura da participação relaciona-se à conscientização da necessidade em participar, evidenciando-se os problemas e a precariedade das condições em que se vive. Freire (2011) também explica que a busca por transformação depende da formação de uma consciência crítica, questionadora da realidade.

Considera-se como barreira à participação das bases a insuficiente cultura da participação. Segundo os artigos, é baixa a participação das bases nos CLS, pois a população de abrangência nas UBS não está conscientizada sobre a necessidade em participar, não assumindo atitude crítica quanto a isso. Além disso, não se assumiu postura ativa quanto aos CLS como mecanismos de participação.

Lima (2001) explica que para fortalecimento da cultura da participação não é apenas necessária a conscientização sobre as necessidades e problemas vivenciados, mas também a conscientização sobre a necessidade em participar para melhoria da realidade.

Considera-se também a necessidade de investimento quanto à representatividade dos CLS da AB como mecanismos de participação popular na saúde, na defesa dos interesses dos grupos e segmentos.

Compreende-se ainda que o desinteresse pessoal quanto à participação popular na saúde, por meio dos CLS da AB, é consequência da própria necessidade de tomada de consciência e atitudes críticas à ação conjunta e solidária para alcance e defesa dos interesses manifestados.

Além disso, a questão tempo como barreira à participação das bases é explicada por Oliveira e Pinheiro (2010) como reflexo da cultura do cidadão moderno, no modo de produção capitalista, em que é priorizado o trabalho em detrimento da cultura da participação dos cidadãos na construção de políticas sociais.

Considera-se que o sucesso dos movimentos participativos depende de uma cultura em participar, que demanda tempo para se aprender a importância da participação nos espaços de decisão públicos. Segundo Demo (2009), a profundidade dos mecanismos participativos se forja na própria cultura em participar, que demanda

tempo. Dessa forma, compreende-se como necessários investimentos que cultivem a cultura da participação em todas as etapas e ciclos de vida das pessoas.

Os artigos ressaltaram ainda a importância do envolvimento dos usuários comuns nas atividades dos CLS da AB e estratégias utilizadas para cultivo à participação das bases:

“O usuário tá lá na unidade, e ele tá vendo no dia a dia o que pode ser melhorado, então isso é fundamental, a presença do usuário nesse conselho gestor” (A5, p. 376).

“É no convite mesmo e na explicação de mais ou menos o que é o conselho gestor, o que a gente pretende como conselho gestor, o que normalmente se discute no conselho gestor [...]” (A1, p. 401).

“[...] esclarecer a população sobre o funcionamento, quais são seus direitos e deveres e o porquê [...]” (A6, 475).

“[...] e cada conselheiro vai convidar 10 pessoas, cada um para conhecer o conselho” (A22, p. 275).

Conforme relatado, considera-se como importante a participação de pessoas comuns no dia-a-dia dos CS, pois garante a manifestação de demandas e necessidades de indivíduos que podem não estar envolvidos em outros mecanismos de participação e decisão na saúde.

Compreende-se nos relatos que as estratégias para aumento da participação das bases têm como objetivo, principalmente, estimular o envolvimento comunitário nos CLS das UBS. As iniciativas relatadas se apresentam como esforço para que a população compreenda os CS como mecanismos de participação popular na saúde, na manifestação de suas necessidades em saúde e defesa de seus interesses.

3. A auto-sustentação e legitimidade da participação popular nos CLS das UBS

A auto-sustentação e legitimidade da participação popular nos CLS das UBS foram evidenciados nos artigos incluídos como critérios intimamente relacionados. Dessa forma, descreveu-se e discutiu-se os resultados sobre os critérios da auto-sustentação e legitimidade da participação popular nos CLS da AB em uma única subcategoria temática.

De acordo com Demo (2009), a auto-sustentação trata-se da definição clara do motivo ideológico do movimento para existir. No entanto, a legitimidade formaliza os mecanismos participativos perante a lei, condensando a proposta de definição do grupo e o que se idealiza como capaz de realizar.

A auto-sustentação e legitimidade foram evidenciadas segundo a definição e formalização do papel dos CLS da AB, e de seus membros, respectivamente.

De acordo com os artigos incluídos, os CLS nem sempre possuem bem definido o seu papel e funções de seus membros:

“Há, ainda, dificuldades na própria definição da proposta de funcionamento destes conselhos” (A13, p. 166).

“Parece não haver uma definição clara dos papéis dentro dos conselhos gestores [...]” (A15, p. 419).

Interpreta-se que os conselheiros ressentem-se do desafio da motivação ideológica dos CLS para se sustentarem e permanecerem. Segundo Demo (2009), sem a motivação essencial à participação, a comunidade se cansa, pois acaba não percebendo as melhorias proporcionadas pelo movimento participativo.

Os artigos incluídos também demonstram que algumas iniciativas para a definição da proposta do grupo às vezes são informais, definidas caso a caso, acordadas no dia-a-dia e cotidiano do grupo, conforme relato:

“[...] a divisão das funções tem-se dado caso a caso, por meio de negociação informal popular” (A14, p. 92).

Compreende-se como importante a existência da negociação informal entre os membros conselheiros, pois tornam autênticas as definições do grupo em participar, e, além disso, contribui com o ambiente participativo no interior dos CLS. No entanto, ressalta-se a necessidade de estruturação formal das expectativas de funcionamento dos CLS, evitando-se a dispersão do grupo.

A formalização das definições sobre a proposta dos CLS da AB e funções dos conselheiros foi evidenciada por meio de documentos das secretarias de saúde, reconhecendo os conselhos como mecanismos de participação popular na saúde. Foi identificada também a elaboração de regimento e estatutos dos CLS das UBS de forma coletiva:

“nas diretrizes oficiais da Secretaria Municipal de São Paulo [...] os documentos oficiais preconizam a ampla implementação de Conselhos Gestores em todos os equipamentos públicos de saúde [...]” (A16, p. 327).

“Após a realização das eleições, começaram a ser discutidos os estatutos dos Conselhos de Saúde, culminando com a elaboração coletiva do Regimento Interno dos Conselhos de Saúde. Tais estatutos foram aprovados e homologados pela SES [Secretaria Estadual de Saúde] em 1983.” (A8, p. 58).

São importantes as normatizações e decretos regulamentando o papel dos CS e de seus membros, devendo ainda estar disponíveis aos próprios membros dos conselhos e população para reflexão e acompanhamento do seu funcionamento.

Destaca-se ainda a elaboração coletiva dos documentos internos sobre os CLS da AB, contribuindo com a ampla discussão entre os conselheiros. Segundo Demo (2009), a legitimidade garante a defesa da igualdade de oportunidades perante a lei. No entanto, ela é apenas formal se não for fruto de pleno debate, gerando um nível mais alto de compromissos entre os interessados.

Os relatos demonstram que os CLS das UBS ressentem-se das definições claras e motivos do grupo para existir. No entanto, destacam-se as oportunidades coletivas na elaboração e formalização dos ideais dos conselhos, contribuindo com as relações discursivas e de aprendizado entre os interessados. A construção coletiva de formalização das propostas dos CLS da AB gera um ambiente mais participativo entre os conselheiros, tornam autênticas suas propostas, e contribui com o compromisso à implementação das políticas de saúde e melhorias da realidade local de vida da comunidade.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CLS da AB não têm recebido ampla visibilidade perante as publicações de revistas indexadas, tendo sido incluídos apenas 23 artigos da revisão bibliográfica realizada. Estes estudos foram todos divulgados no idioma português e em revistas na área da saúde coletiva, principalmente.

Segundo os artigos incluídos, os CLS das UBS têm recebido variadas nomeações, como os CONUS e CPS. Eles estão localizados em municípios diversos, sendo criados por iniciativas, como estímulos legislativos, populares e parcerias entre instituições de ensino e secretarias de saúde.

A participação popular nos CLS da AB foi evidenciada segundo função educativa, no entanto, em poucos artigos. O *ser membro do CLS da UBS* tem proporcionado principalmente aos conselheiros, conhecer a realidade, refletir e manifestar-se sobre ela. Além disso, os conselheiros locais têm atuado como agentes capazes de informar a população sobre os debates em saúde. Porém, os artigos não evidenciaram que a comunidade, a partir das informações recebidas pelos conselheiros, tem adotado a mesma postura de indignação e mobilização em busca de mudanças. O potencial das relações dialógicas e educativas entre conselheiros e entre conselheiros e comunidade também foi pouco demonstrado nos estudos dessa revisão.

A pseudoparticipação prevalece nos CLS da AB, sendo evidenciadas formas de participação popular parcial no âmbito do gerenciamento das UBS e no exercício da função educativa em participar. Foram identificadas barreiras à participação popular plena, como o posicionamento desfavorável dos gestores em saúde aos CLS da AB e o momento eleitoral nos municípios, considerados reflexos da cultura tradicional de desigualdade de poder. Os sujeitos participantes dos estudos incluídos também apontaram a dificuldade de acesso às informações específicas em saúde e capacitação dos conselheiros como impasses à participação plena.

Demonstra-se que os CLS da AB possuem dificuldade em se organizar para participar, identificada no desafio à regularidade das reuniões, falhas na divulgação das datas e encontros dos Conselhos Locais, e, à sistematização das reuniões, que promovam o aprendizado e mobilização local. Os gestores em saúde têm assumido a organização das reuniões dos CLS das UBS para resolução desses impasses, no

entanto, pondera-se que esta iniciativa pode favorecer a perpetuação de uma pseudoparticipação.

A qualidade política da participação popular nos CLS da AB foi identificada segundo a representatividade, participação das bases, auto-sustentação e legitimidade dos movimentos participativos.

Segundo os artigos incluídos, são potencialmente representativos os conselheiros escolhidos pela comunidade, pois são eleitos geralmente por votação livre e existe um envolvimento intenso dos movimentos populares, resultando na concorrência entre mais de uma chapa nas eleições. No entanto, destaca-se o desrespeito ao princípio da paridade em relação aos usuários.

Na representação substantiva, ocorre um distanciamento entre os conselheiros e comunidade, resultando em um baixo desempenho dos conselheiros. Segundo os artigos incluídos, os conselheiros alegam dificuldade na vocalização das demandas dos representados, considerada fruto de uma incipiente cultura em participar. Além disso, existe uma assimilação de discursos técnicos-científicos entre os conselheiros representantes dos usuários, e, uma intensa rotatividade entre os conselheiros, consequência da baixa mobilização para participação.

Na participação das bases, os CLS da AB vivem o drama da liderança isolada após a escolha dos representantes conselheiros, identificada pelo baixo envolvimento comunitário e desmobilização dos conselheiros representantes dos trabalhadores e gestores em saúde. Como promoção à participação das bases, destaca-se a necessidade de conscientização sobre a necessidade em participar para o alcance de melhorias, não apenas dos problemas identificados.

Demonstra-se ainda os resultados sobre a auto-sustentação e legitimidade nos CLS das UBS. Segundo os artigos incluídos, os CLS da AB possuem dificuldade na definição das propostas ao funcionamento dos conselhos. Os poucos relatos sobre a formalização dos CLS da AB foram evidenciados quanto às legislações sobre essas instituições, e na construção coletiva de regimentos e estatutos, favorecendo um ambiente mais participativo e as relações discursivas educativas entre os sujeitos envolvidos, para mais alto o nível de compromisso com as propostas em sugestão.

Finalmente, os resultados obtidos sugerem a existência de fatores que condicionam a participação popular em saúde nos CLS da AB. O mais importante é a capacidade dos CLS de serem mecanismos educativos e de mobilização aos problemas

identificados na realidade, sendo favorecidos pelo intenso vínculo com a comunidade de abrangência da AB. Exige-se o investimento educacional nessas instituições que superem as condições de desigualdade de poder/saber e os condicionantes da participação identificados. Sugere-se o investimento na divulgação de informações em saúde por meio de veículos de comunicação, como rádio, televisão, jornais e impressos. Além disso, ressalta-se a importância das atividades educativas que sirvam à libertação, realizadas por profissionais e gestores em saúde. O investimento educacional deve valorizar as atividades do cotidiano e cultivar uma cultura de participação em todas as etapas da vida das pessoas.

Entretanto, ressalta-se que a pouca quantidade de artigos incluídos pode ter sido um fator limitante deste trabalho. Além disso, essa revisão não representa a realidade da participação popular em todos os CLS de UBS no Brasil, pois os fenômenos participativos podem se diferenciar segundo a realidade de cada região ou local.

Destaca-se também que o estudo não optou por realizar uma síntese do conhecimento produzido, sendo apenas uma aproximação do método da revisão de literatura integrativa.

8 REFERÊNCIAS

- 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, Brasília. **Relatório final da 10ª conferência nacional de saúde**. “SUS- Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: Ago. 2013.
- ACIOLE, G. G. Uma abordagem das dimensões pedagógicas do exercício do controle social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 161-178, maio/dez. 2006.
- _____. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 409-423, set./dez. 2007.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento Comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-1332, 2012.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BOSI, M. M. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr./jun. 1998.
- 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, dez. 1990.
- BRUTSCHER, V. J. Gestão, direito e participação no SUS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 401-410, 2012.
- BVS. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Tutorial de Pesquisa: operadores booleanos, AND, OR, AND NOT. Disponível em: <<http://revistas-hisa.bvs.br/help/operadores.htm>>. Acesso em: Jan. 2013.
- CAPES. COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL NÍVEL SUPERIOR. Webqualis. Disponível em: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/principal.seam>> Acesso em: Mar. 2013.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. L. P. A incorporação da participação social na estratégia saúde da família: o papel dos profissionais de saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 231-239, set./dez. 2003.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- COELHO, V. S. P. Democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de não atrair aliados. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 78, p. 77-92, jul. 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Federal nº 333, de 04 de janeiro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, jan. 2003.
- CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.
- _____. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S. V. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. P. 19-39.
- COUTINHO, J. A. A participação popular na gestão da saúde de São Paulo. **Lutas Sociais**, v. 2, p. 125-140, 1997.
- DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009. 176 p.
- ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 62-78, jun. 2008.
- FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, Saúde no Brasil, p. 4-5, 2011.
- FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a. 253 p.
- _____. **Pedagogia da autonomia**. Paz e Terra, 2011b.
- GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 128 p.
- GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S (Org.), et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 68-80.
- LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 47-55, 2002.
- _____. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 106-117, 2008.
- LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. D. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.
- LILACS. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: Jun. 2012.
- LIMA, J. C. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 29-39, set./out. 2001.

- MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 361-472, 2006.
- MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, especial nefrologia, p. 543-545, 2009.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/01/1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, 1993.
- _____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p.
- _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 480 p.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
- NETO, F. R. G. X.; SAMPAIO, J. J. C. Participação sociopolítica na estratégia saúde da família: análise das práticas de gerentes no território, Sobral – Ceará. **Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. 72-78, abr. 2009.
- NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.
- OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.
- OLIVEIRA; M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em Saúde Pública em unidades de saúde do município de Campo grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 141-153, 2009.
- PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 157 p.
- PEDROSA, J. I. D. S.; PEREIRA, E. D. D. S. Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, p. 7-22, 2007.
- PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa o cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 295-302, jul./set. 2008.

- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.
- PUBMED. Biomedical Literature Citations and Abstracts. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>> Acesso em Jun. 2012.
- SCIELO. Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em: Jun. 2012.
- SIMÕES JORGE, J. **A ideologia de Paulo Freire**. São Paulo: Edições Loyola, 1979. 87 p.
- SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.
- SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das Conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.
- VIANNA, M. L. T. W. et al. **Gestão participativa em saúde: estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde**. Relatório técnico operacional. 2006-2007. 165 f. Laboratório de Economia Política da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.
- WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.
- WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 579-584, set./out. 2007.

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DE ELABORAÇÃO E DEFESA DO TRABALHO FINAL DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NÍVEL MESTRADO

APRESENTAÇÃO

Esse é um documento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – nível Mestrado, modalidade Mestrado Profissional da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás – PRPPG/UFG, ligado ao Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – NESC produzido pela Comissão de Elaboração de Normas com o propósito de orientar a estruturação do Trabalho Final.

Baseia-se nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724:2011, NBR 6023:2002, NBR 10520:2002, Normas de Apresentação Tabular do IBGE para tabelas (1993).

As normas da ABNT orientam a elaboração dos elementos **pré-textuais** (capa, lombada, folha de rosto, termo de ciência e de autorização para disponibilizar as teses e dissertações eletrônicas (TEDE) na biblioteca digital da UFG, ficha catalográfica, errata, folha de aprovação, dedicatória, agradecimentos, epígrafe, resumo e abstract, palavras chave e key words, lista de ilustrações, lista de tabelas, lista de abreviaturas e siglas e sumário); **textuais** (apresentação, introdução, justificativa, objetivos, revisão da literatura/ referencial teórico, metodologia/ material e métodos, resultados e discussão ou artigo, conclusões e considerações finais) e **pós-textuais** (referências, apêndices e anexos).

2 NORMAS PARA APRESENTAÇÃO IMPRESSA DO PRODUTO FINAL

2.1 Formatação

- A **encadernação** em capa dura é a cobertura externa do trabalho, não é contada nem numerada, deverá ser na cor vermelho grená com letras douradas, maiúsculas (caixa alta) e negritadas, com tamanhos 12 no cabeçalho institucional, 14 no nome do aluno e no título do trabalho e 12 no local e ano;
- A **lombada** contém o nome do autor (fonte 12) seguido do título do trabalho (fonte 14). Deve ser impresso longitudinalmente e legível do alto para o pé. No rodapé imprimir o ano de depósito. Quando o título for muito extenso, colocar o maior número de palavras que couberem (em fonte 12), não ultrapassando duas linhas, seguidas de reticências (...);
- A **impressão do texto** deverá ser em papel branco formato A4 (21cm x 29,7cm), digitado e impresso em cor preta em um só lado da folha, exceto o verso da segunda capa (interna) onde será impresso o TEDE e da folha de rosto onde deve ser inserida a ficha catalográfica;
- Para **ilustrações e tabelas**, eventualmente, poderá ser utilizado papel diferenciado com impressão colorida;
- As **margens do papel** devem ser de 3 cm à esquerda e superior e de 2 cm à direita e inferior;
- O **texto** deve ser digitado em fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,5 e alinhamento sem recuo de primeira linha; e com espaçamento entre parágrafos de 6 pontos antes e depois.

- Os **títulos das seções** primárias devem iniciar em folhas distintas com letras maiúsculas (caixa alta), tamanho 14 e negrito, alinhados à esquerda. Os subtítulos de primeiro nível com a primeira letra de cada palavra maiúscula, com exceção de conjunções e preposições tamanho 12 e negrito; os subtítulos de segundo nível com a primeira letra de cada palavra maiúscula, com exceção de conjunções e preposições, tamanho 12 e sem negrito;
- Para a **paginação** todas as folhas do trabalho, a partir da folha de rosto, devem ser contadas sequencialmente, mas não numeradas (folhas pré-textuais). A numeração começa a partir da segunda folha de parte textual (Introdução), em algarismos arábicos, no canto superior direito da folha. No caso do trabalho ser constituído de mais de um volume, deve ser mantida uma única numeração das folhas, do primeiro ao último volume. Havendo apêndices e anexos as suas folhas devem ser numeradas de maneira contínua e sua paginação deve dar seguimento à do texto principal;
- Na **folha de rosto**, o nome do aluno e título do trabalho deve ser em letras maiúsculas, tamanho 14 e negritadas. A informação da finalidade do trabalho deve ser em letras tamanho 12, espaçamento simples, os demais itens tamanho 12;
- A **ficha catalográfica** deverá ser confeccionada conforme normas da Biblioteca Central da UFG e deve vir no verso da folha de rosto. Para sua confecção consultar as instruções no site da biblioteca no endereço <http://www.bc.ufg.br/>
- A **folha de aprovação** é constituída pelo nome do autor, título e subtítulo, natureza, objetivo, nome da instituição, área de concentração, data de aprovação, nome, titulação e assinatura dos componentes da banca examinadora e instituições a que pertencem;
- A **dedicatória, agradecimentos e epígrafe** são elementos opcionais e devem ser digitados em folhas separadas e na mesma fonte e tamanho (fonte 12) das demais;
- O **resumo na língua vernácula** apresenta concisamente os pontos relevantes do trabalho: introdução, objetivos, metodologia, resultados e conclusões ou considerações contendo a relevância do trabalho para os serviços e/ou inserção social. Deve ser redigido em parágrafo único, com espaço simples, preferencialmente na terceira pessoa do singular e conter no máximo 500 palavras, fonte 12. No início da página deve conter a forma de citação da dissertação;
- **As palavras-chave**, de três a cinco, devem vir logo após o resumo, segundo os descritores da BIREME;
- O resumo em língua inglesa (**Abstract**) deve vir em página separada, juntamente com as **key words**;
- **As listas de ilustrações** (gráficos, figuras, fotos, esquemas, fluxogramas etc), **tabelas, abreviaturas, siglas e símbolos** são opcionais e devem ser digitadas com cada item designado com seu nome específico, acompanhado com o respectivo número da página;
- As regras de apresentação de tabelas e quadros são estabelecidas pelas Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993) e os títulos devem vir acima. Os títulos das demais ilustrações como figuras e gráficos devem vir abaixo;
- A **lista de abreviaturas e siglas** consiste na relação alfabética daquelas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso. Esta lista não exclui a necessidade de que seja escrito por extenso o significado de cada sigla na primeira que esta aparecer no texto.

- O **sumário** consiste na enumeração das principais divisões, seções e outras partes do trabalho na mesma ordem e grafia em que a matéria nele se sucede, acompanhadas do respectivo número de página. Não deve constar do sumário a indicação das partes pré-textuais, ele incluirá as textuais e pós-textuais. Se o trabalho for apresentado em mais de um volume, o sumário completo deve constar em cada um deles;
- A critério do autor podem ser acrescentadas **folhas divisórias** de capítulos com epígrafes ou não, as quais são contadas, porém não numeradas. O tipo e tamanho de letra são livres;
- A critério do autor podem ser acrescentados no cabeçalho e/ou rodapé a referência completa do trabalho ou partes desta como autor, título, ano e/ou o nome do capítulo;
- A formatação das **notas de rodapé** está especificada na NBR 10520:2002 (ABNT, 2002), digitadas dentro das margens, separadas do texto por um espaço simples de entrelinhas e por filete de três centímetros a partir da margem esquerda com letra tamanho 10 e espaçamento simples;
- O alinhamento da **lista de referências**, ao final do texto, deve ser à esquerda, espaçamento simples (1,0) entre linhas e de 6pt antes e depois do parágrafo.
- Os **apêndices e anexos** são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos, sendo os apêndices constituídos de um texto ou documento elaborado pelo autor e anexos constituídos de um texto ou documento não elaborado pelo autor.

Obs: Os apêndices e anexos não podem ser juntos

2.2 Estrutura

Independente do formato escolhido para apresentação do Trabalho Final, este deverá ser desenvolvido com a seguinte estrutura:

Parte Externa		Capa	Obrigatória	
		Lombada	Obrigatória	
Parte Interna	Elementos pré-textuais (não paginados)	Capa Interna	Obrigatória	
		TEDE (verso da capa interna)	Obrigatório	
		Folha de rosto	Obrigatória	
		Ficha Catalográfica (verso da folha de rosto)	Obrigatória	
		Errata	Opcional	
		Folha de aprovação	Obrigatória	
		Dedicatória	Opcional	
		Agradecimentos	Opcional	
		Epígrafe	Opcional	
		Resumo e Palavras-chave	Obrigatórios	
		Abstract e Key-words	Obrigatórios	
		Lista de ilustrações	Opcional	
		Lista de tabelas	Opcional	
		Lista de abreviaturas e siglas	Opcional	
		Sumário	Obrigatório	
	Apresentação	Opcional		
	Elementos textuais (paginados)	Introdução	Obrigatória	
		Justificativa	Opcional	
		Objetivos	Obrigatório	
		Marco teórico conceitual/ Referencial teórico	Obrigatório	
		Metodologia	Procedimentos metodológicos/ material e métodos	Obrigatório
			Aspectos éticos	Obrigatório
		Resultados e Discussão ou Artigo ou projeto de intervenção	Obrigatório	
Conclusão		Opcional		
Considerações		Opcional		
Elementos pós-textuais (paginados)	Referências	Obrigatório		
	Apêndices	Opcional		
	Anexos	Opcional		

Obs: Embora as Conclusões e as Considerações sejam elementos opcionais, é obrigatória a inserção de uma delas.

2.3 Citações

2.3.1. Citação direta, literal ou textual:

Trata-se de uma transcrição literal ou reprodução integral de um texto ou parte dele, conservando-se a grafia, a pontuação, o uso de maiúscula e o idioma. Especificar no texto a(s) página(s), da fonte consultada, a(s) qual(is) deve(m) seguir a data. Maiores detalhes na NBR 10520:2002 (ABNT, 2002).

A citação direta com até três linhas, deve ser apresentada entre aspas duplas. As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.

Exemplo 1:

Conforme afirma Rosso (2003, p.27) “(...) estudos de avaliação de fatores de risco para óbito neonatal tendem a explorar variáveis associadas ao binômio mãe-filho, viabilizando, portanto, ações individuais.” Isso pode levar a conclusões...

A citação direta com mais de três linhas, no original, deve ser apresentada com recuo de 4 cm da margem esquerda, alinhamento justificado, com letra menor que a do texto utilizado (tamanho 11), sem aspas e espaço simples entre linhas.

Exemplo:

Conforme afirma Rosso (2003, p.27):

Em geral, estudos de avaliação de fatores de risco para óbito neonatal tendem a explorar variáveis associadas ao binômio mãe-filho, viabilizando, portanto, ações individuais. Neste trabalho, avaliou-se a variável com maior acurácia para triagem de RNs de alto risco internados em UCINs, através da análise da curva ROC.

2.3.3 Citação de trechos de depoimentos:

As citações de trechos de depoimentos de participantes (sujeitos) da pesquisa devem seguir o mesmo recuo de citações literais, isto é, 4 cm da margem esquerda do texto, alinhamento justificado, com letras menores que a do texto utilizado (tamanho 11), porém com aspas e espaçamento simples. Comentários do pesquisador dentro da citação devem ser colocados entre colchetes sem itálico. Espaços recortados do depoimento deverão ser grafados com reticências entre parênteses mantendo as letras em estilo itálico. No final, a identificação do participante deverá ser em letras sem itálico e entre parênteses.

Exemplo:

"Quando eu cheguei [maternidade], ele [médico] falou que eu teria um prazo de doze horas sentindo dor [...]. Então eu fiquei esperando das duas da manhã até as dez e meia sentindo dor."
(E5)

2.4 Formatação das Referências

As referências deverão ser apresentadas conforme NBR 6023, NBR 10520 e NBR 14724. Como regra geral deverão ser alinhadas à margem esquerda, em espaço simples e espaçamento de 6 pts antes e 6 pts depois, digitadas em fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12.

Modelo de Sumário

SUMÁRIO

DEDICTÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

RESUMO E PALAVRAS CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 APRESENTAÇÃO	3
2 INTRODUÇÃO	8
3 OBJETIVOS	8
3.1 Geral.....	12
3.2 Específicos	19
4 REFERENCIAL TEÓRCIO	20
5 METODOLOGIA	21
5.1 Delimitação do objeto.....	21
5.2 Procedimentos metodológicos.....	21
5.3 Aspectos éticos	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	21
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	21
APÊNDICE	21

Obs: No sumário os subtítulos de 2 nível deveram ter um recuo de 1cm, exemplo abaixo:

2 NORMAS PARA ELABORAÇÃO E DEFESA DO TRABALHO FINAL	07
2.1 Elaboração e apresentação do Trabalho Final	07
2.1.1 Apresentação do Projeto.....	07
2.1.2 Banca de Qualificação.....	07

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estudos incluídos na revisão

- A1. MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, out./dez. 2010.
- A2. FRACOLLI, L.; SILVA, R. F. Organização de Conselhos Locais de Saúde: a experiência do município de Marília. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 11, p. 78-81, set. 1995.
- A3. PESTANA, C. L. S.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 485-499, 2007.
- A4. KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 244-250, 2010.
- A5. TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, A. S.; CELA, M. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 364-379, 2009.
- A6. ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.
- A7. LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.
- A8. BÓGUS, C. M., et al. Programa de capacitação permanente de conselheiros populares de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 56-67, jul. dez. 2003.
- A9. MORITA, I.; FIGUEREDO, M. S.; SILVA, R. M. F. A participação popular na gerência do Sistema Único de Saúde: erros e acertos da experiência de Botucatu – SP. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 11, p. 32-34, set. 1995.
- A10. COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do programa saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 4, out./dez. 2009.
- A11. SANTOS, M. L., et al. Os movimentos populares e a saúde no Programa Saúde Brasília: união com a comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 9, p. 52-54, ago. 1994.
- A12. PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan./fev. 2001.
- A13. CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 157-168, ago. 1997.

- A14. COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, n. 38, p. 90-93, mar. 1993.
- A15. ARANTES, C. I. S., et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 417-421, 2009.
- A16. CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 23-331, abr. 2005.
- A17. CAMPOS, C. M.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.
- A18. FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 673-682, set. 2010.
- A19. CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 278-283, maio/jun. 2005.
- A20. BUDÓ, M. L. D., et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 753-760, dez. 2010.
- A21. BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 107-114, abr. 2006.
- A22. CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, abr./jun. 2007.
- A23. SOARES, D. A.; GIL, C. R. R.; ITO, A. M. Y. Projeto UNI-Londrina: processos e resultados. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 63-76, jul. 1996.

APÊNDICE B – Motivos de exclusão dos artigos após leitura integral

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
1	Lilacs	A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça	DODGE, R. E. F.	Bioética, v. 5, n. 1, p. 77-85, 1997.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
2	Lilacs	A participação popular na gerência do Sistema Único de Saúde: erros e acertos da experiência de Botucatu - SP	MORITA, I.; FIGUEROA, M. S.; SILVA, R. M. F.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 11, p. 32-34, set. 1995.	Sim	-
3	Lilacs	Administración estratégica local	BASABE, W.	Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, supl., p. 51-62, nov. 1993.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
4	Lilacs	Administración estratégica	KNOUSS, R.	Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; supl., p. 129-147, nov. 1993.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
5	Lilacs	Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde	ACIOLE, G. G.	Saúde em Debate, v. 27, n. 63, p. 63-73, jan./abr. 2003.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
6	Lilacs	Alianza para la salud: un intento por desarrollar el modelo democrático de salud	REQUENA BICHET, M.	Cuadernos Médico-sociales, v. 36, n. 1, p. 33-36, mar. 1995.	Não	Estudo desenvolvido em outro país
7	Lilacs	Análise qualitativa dos Conselhos Locais da Atenção Básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação	MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N.	Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 13, n. 4, out./dez. 2010.	Sim	-
8	Lilacs	Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud	COSTA, M. B. S.; LOPEZ SALAZAR, P. E.	Revista Enfermagem UERJ, v. 16, n. 4, p. 465-471, out./dez. 2008.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
9	Lilacs	As origens da idéia de participação na área de saúde	CORTES, S. M. V.	Saúde em Debate, n. 51, p. 30-37, jun. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
10	Lilacs	Atención primaria y participación comunitaria en salud: orientaciones estratégicas	BELMAR ERPEL, R.; SALINAS C., J.	Revista Médica Chile, v. 122, n. 2, p. 215-220, feb. 1994.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
11	Lilacs	Cidadania participação e controle social: requisitos para efetivar o SUS: reflexões	GAIO, T. C.; FARIA, E. M.	Texto & Contexto Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 264-73, maio/ago. 2000.	Não	Não explica se são CLS da AB
12	Lilacs	Cidadania, município e movimentos sociais: o caso do município de Vitória	GONZAGA, A.; RANGEL, R.	Revista de Administração Pública, v. 30, n. 4, p. 5-21, jul./ago. 1996.	Não	Não explica se são CLS da AB
13	Lilacs	Conselhos além dos limites	ABRAMOVAY, R.	Estudos Avançados, v. 15, n. 43, p. 121-140, set./dez. 2001.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
14	Lilacs	Conselhos de saúde: desafios atuais	CARVALHO, A. I.	Conjuntura e Saúde, n. 17, p. 21-29, jun. 1994.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
15	Lilacs	Controle social na saúde: construindo a gestão participativa	COSTA, A. M.; NORONHA, J. C.	Saúde em Debate, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
16	Lilacs	Controle social: de quem? Para o quê?	DORNELLES, S.; LOCKS, M. T.	Saúde em Debate, v. 27, n. 65, p. 348-357, set./dez. 2003.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
17	Lilacs	Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde em Campinas: abril de 1990; propostas de governo a serem discutidas entre os dirigentes da SMS de Campinas e nos Conselhos de Saúde	CAMPOS, G. W. S.	Saúde em Debate, n. 29, p. 18-23, jun. 1990.	Não	Não explica se são CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
18	Lilacs	El cambio y la participación en la salud	-	J & G: Revista de Epidemiologia Comunitária, v. 5, n. 1, p. 2-3, jan./maio 1994.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
19	Lilacs	Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais	GOHN, M. G.	Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
20	Lilacs	Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família	DIAS, M. A. E.; CUNHA, F. T. S.; AMORIM, W. M.	Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 5, p. 513-518, set./out. 2005.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
21	Lilacs	Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayete Coutinho (BA)	BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M.; SAMPAIO, J. J. C.	Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 248-260, jul./dez. 2006.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
22	Lilacs	Gestão compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde do SUS	SOARES, R. S.; RAUPP, B.	Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 12, n. 4, out./dez. 2009.	2009	Não fala sobre os CLS da AB
23	Lilacs	Gestão do território versus estrutura de solidariedade e autoridade	MEDEIROS, A. C.; SOUZA, C. M.	Revista de Administração Pública, v. 27, n. 3, p. 37-49, jul./set. 1993.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
24	Lilacs	Governo e administração municipal: a experiência brasileira	MELLO, D. L.	Revista de Administração Pública, v. 35, n. 2, p. 79-96, mar./abr. 2001.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
26	Lilacs	La participación activa de pacientes en la toma de decisiones relacionadas com la salud	RIVERA GUTIÉRREZ, R.	Puerto Rico Health Sciences Journal, v. 16, n. 1, p. 87-91, mar. 1997.	Não	Estudo desenvolvido em outro país

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
27	Lilacs	La participación comunitaria en la atención primaria de la salud a través de las áreas programáticas	LEMUS, J.; FODARO, L.; SANDERS, J.	Revista de la Asociación Médica Argentina, v. 111, n. 2, p. 21-9, 1998.	Não	Estudo desenvolvido em outro país
29	Lilacs	O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde	KRÜGER, T. R.	Planejamento e Políticas Públicas, n. 22, p. 119-144, dez. 2000.	Não	Não explica se são CLS da AB
30	Lilacs	O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado	MACHADO, F. R. S.	Trabalho, Educação e Saúde, v. 7, n. 2, p. 355-371, jul./out. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
31	Lilacs	Observações sobre os sentidos e a essência das experiências francesa e brasileira na área da democracia sanitária	CADEAU, E.	Revista de Direito Sanitário, v. 5, n. 1, p. 9-17, mar. 2004.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
32	Lilacs	Organização de Conselhos Locais de Saúde: a experiência do município de Marília	FRACOLLI, L. A.; SILVA, R. F.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 11, p. 78-81, set. 1995.	Sim	-
33	Lilacs	Os movimentos populares e a saúde no Programa Saúde Brasília: União com a Comunidade	SANTOS, M. L. et al.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 9, p. 52-54, ago. 1994.	Sim	-
34	Lilacs	Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras	MOTTA, P. R.	Revista de Administração Pública, v. 28, n. 3, p. 174-194, jul./set. 1994.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
35	Lilacs	Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo	COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P.	Saúde em Debate, n. 38, p. 90-93, mar. 1993.	Sim	-

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
36	Lilacs	Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso	OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 319-331, jan./fev. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
37	Lilacs	Participação social na Atenção Básica à Saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do programa saúde da família	COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.	Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 12, n. 4, out./dez. 2009.	Sim	-
38	Lilacs	Participación y congestión de la salud	DE ROUX, G. I.	Educación Médica y Salud, v. 27, n. 1, p. 50-60, 1993.	Não	Estudo desenvolvido em outro país
39	Lilacs	Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde	SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M.	Revista Enfermagem UERJ, v. 16, n. 1, p. 20-25, jan./mar. 2008.	Não	Não explica se são CLS da AB
40	Lilacs	Por um controle social popular dos serviços de saúde: reflexões preliminares	WENDHAUSEN, A.	Texto & Contexto Enfermagem, v. 6, n. 3, p. 95-112, set./dez. 1997.	Não	Não explica se são CLS da AB
41	Lilacs	Programa de capacitação permanente de conselheiros populares de saúde na cidade de São Paulo	BÓGUS, C. M. et al.	Saúde e Sociedade, v. 12, n. 2, p. 56-67, jul./dez. 2003.	Sim	-
42	Lilacs	SUS-Alagoinhas: um modelo de gestão/atenção para a (trans)formação de sujeitos e coletivos	JESUS, W. L. A.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 36, p. 61-75, ago. 2006.	Não	Não explica se são CLS da AB
43	Lilacs, Pubmed	A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde	PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S.	Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan./fev. 2001.	Sim	-

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
44	Lilacs, Pubmed	Partnership between universities and the local healthcare system to benefit the town of Buriticupu, a poor community in the state of Maranhão, Brazil	EL KHOURI, M. et al.	Clinics, v. 60, n. 2, p. 82-84, Apr. 2005.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
48	Pubmed	Brazil's health-care reform: social movements and civil society	FLEURY, S.	Lancet, v. 377, n. 9779, maio 2011.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
50	Pubmed	Engaging citizens: lessons from building Brazil's National Health System	CORNWALL, A.; SHANKLAND, A.	Social Science & Medicine, v. 66, n. 10, p. 2173-2184, mar. 2008.	Não	Não explica se são CLS da AB
51	Pubmed	Financial and legislative issues	Garcia, V. D.	Transplantation Proceeding, v. 29, n. 8, p. 3256-327, dez. 1997.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
53	Pubmed	Local health governance in central Brazil	SHIMIZU, H. E. et al.	The Journal of Ambulatory Care Management, v. 32, n. 2, p. 132-140, abr. 2009.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
54	Pubmed	Making kid-friendly cities: lessons from two cities	PRICE, G.; REIS R.	Preventive Medicine, v. 50, supl. 1, p. S95-S96, jan. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
55	Pubmed	Political and organizational challenges in the Brazilian Unified National Health System: twenty years of public policy	CAMPOS, G. W.	Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 10, p. 2200, out. 2008.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
58	Pubmed	Public health policies and advocacy in Latin America: chances and environments to support these initiatives	WESTPHAL, M. F.; ARROYO, H. V.; CASTRO-ALBARRÁN, J. M.	Promotion & Education, v. 7, n. 4, p. 29-32, 2000.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
59	Pubmed	Public healthcare policy in Brazil: the Brazilian society and the construction of universality in the Brazilian health system	ELIAS, P. E.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, supl. 2, p. 2023-2026, dez. 2008.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
60	Pubmed	Re: Social participation in health: a case study in Brazil	LÓPEZ ARELLONO, O.	Salud Publica de Mexico, v. 42, n. 2, p. 86-87, abr. 2000.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
61	Pubmed	Results-oriented management and accountability in the Brazilian Unified Health System	ARAÚJO, M. A.	Revista Panamericana de Salud Pública, v. 27, n. 3, p. 230-236, mar. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
62	Pubmed	Social capital and health councils in Brazil: a virtuous circle?	LABRA, M. E.	Cadernos de Saúde Pública, v. 18, supl., p. 47-55, jan. 2002.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
64	Pubmed	Tackling the causes of ill health in Rio's slums	LOEWENBERG, S.	Lancet, v. 365, n. 9463, p. 925-926, mar. 2005.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
65	Pubmed	The Brazil project	ELISHA, R.	The Medical Journal of Australia, p. 669-670, dez. 2004.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
66	Pubmed	The construction of public spaces in democratic spaces of civic participation: the violence against elder in the social movement agenda	TELLES, J. L.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 6, p. 2669-2671, set. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
67	Pubmed	The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	PELLEGRINI, B.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 325-333, abr. 2007.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
70	Pubmed	The necessary frugality: models more contemporary	VERAS, R.	Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1152-1154, set./out. 2004.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
71	Pubmed	The necessary reform of the Brazilian National Health Care System: innovations for public health policy sustainability	PASCHE, D. F.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 312-314, mar./abr. 2007.	Não	Não explica se são CLS da AB
72	Pubmed	The single health system: a unique opportunity	AMATO NETO, V.; PASTERNAK, J.	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 25, n. 3, p. 201-202, jul./set. 1992.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
73	Pubmed	The sociocultural basis for indigenous peoples' health advocacy: problems and issues in the Northern Region of Brazil	GARNELO, L.; SAMPAIO, S.	Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 1, p. 311-317, jan./fev. 2003.	Não	Não explica se são CLS da AB
74	Scielo	As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores	SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, p. 795-806, set. 2004.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
75	Scielo	Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira	KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R.	Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 2, p. 244-250, abr. 2010.	Sim	-
76	Scielo	Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência	CASTANHEIRA, E. R. L. et al.	Saúde e Sociedade, v. 18, supl. 2, p. 84-88, jun. 2009.	Não	O artigo apenas cita os CLS de UBS, mas nada fala sobre eles.

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
79	Scielo	Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras	ARANTES, C. I. S. et al.	Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 417-421, 2009.	Sim	-
80	Scielo	Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina	VÁZQUEZ, M. L. et al.	Gaceta Sanitaria, v. 16, n. 1, p. 30-38, fev. 2002 Fev.	Não	Não explica se são CLS da AB
81	Scielo	O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica	ARANTES, C. I. S. et al.	Texto & Contexto Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 470-478, set. 2007.	Sim	-
82	Scielo	Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?	CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr. 2005.	Sim	-
83	Scielo	Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil	LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.	Saúde e Sociologia, v. 16, n. 2, p. 19-36, ago. 2007.	Não	Não explica se são CLS da AB
84	Scielo	Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde	FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L.	Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 14, n. 34, p. 673-682, set. 2010.	Sim	-
85	Scielo	Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS	LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M.	Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.	Sim	-
88	Scielo, Lilacs	Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde	COHN, A.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
89	Scielo, Lilacs	Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu	CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G.	Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, p. 157-168, ago. 1997	Sim	-
90	Scielo, Lilacs	La participación de la comunidad en salud	FERRER HERRERA, I. M. et al.	Revista Cubana de Medicina General Integral, v. 17, n. 3, p. 268-273, jun. 2001.	Não	Estudo desenvolvido em outro país
91	Scielo, Lilacs	Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família	SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M.	Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, dez. 2010.	Não	Não explica se são CLS da AB
92	Scielo, Lilacs	Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil	ABRANTES- PÊGO, R.	Salud Pública de México, v. 41, n. 6, p. 466-474, dez. 1999.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
93	Scielo, Lilacs	Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil	LACAZ, F. A. C. et al.	Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
94	Scielo, Lilacs, Pubmed	As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF	MARIN, M. J. S. et al.	Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 6, p. 1065-1071, dez. 2007.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
95	Scielo, Pubmed	Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica	CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 117-128, fev. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
100	Lilacs	Deslocando as fronteiras da organização dos serviços de saúde	BAETA, A. M. C.	Revista de Administração Pública, v. 25, n. 3, p. 198-202, jul./set. 1991.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
101	Lilacs	Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo	JACOBI, P.	Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, p. 32-43, abr./jun. 1992.	Não	Não explica se são CLS da AB
136	Lilacs	Análise da situação sócio-sanitária, microlocalização e participação no distrito sanitário de Pau da Lima, Salvador	VILLAROSA, F. N.; TASCA, R.; FERNANDES, R. V.	Revista Baiana de Saúde Pública, v. 17, n. 114, p. 7-13, jan./dez. 1990.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
153	Lilacs	Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil	TEIXEIRA, S. F.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 4, p. 8-10, jun. 1991.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
172	Lilacs	Contribuição ao controle social do sistema único de saúde na Paraíba	PEDERNEIRAS, A. R. P.; LIMA, R. T.; SILVA, S. T.	Ciência, Cultura, Saúde, v. 15, n. 1, p. 24-29, jan./dez. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
176	Lilacs	Crisis y salud: retos para la década de los 90	MARQUEZ, P. V.; ENGLER, T.	Educación Médica y Salud, v. 24, n. 1, p. 7-26, jan./mar. 1990.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
182	Lilacs	Depoimentos sobre a construção coletiva e participativa de um novo modelo para a saúde	ABREU, A. Q. et al.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 11, p. 66-67, set. 1995.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
192	Lilacs	Diretrizes da política municipal de saúde	CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde	Divulgação em Saúde para Debate, encarte 8, p. 1-8, maio 1992.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
229	Lilacs	Gestão participativa: estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde	SANTOS, E. M.	Semina Ciências Biológicas e da Saúde, v. 30, n. 2, p. 107-112, jul./dez. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
236	Lilacs	Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar	CARVALHO, D. B.; SANTANA, J. M.; SANTANA, V. M.	Psicologia, Ciência e Profissão, v. 29, n. 1, p. 172-183, mar. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) **Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.**

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
251	Lilacs	IX Conferência Nacional de Saúde: a VIII revisitada? Avanços e impedimentos na implantação da nova política de saúde	LUZ, M. T.	Saúde em Debate, n. 37, p. 76-80, dez. 1992.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
266	Lilacs	Movimento social e participação: a saúde na esfera pública	ADORNO, R. C. F.	Saúde e Sociedade, v. 1, n. 2, p. 111-124, 1992.	Não	Não explica se são CLS da AB
267	Lilacs	Município saudável	STROZZI, J. B.; GIACOMINI, M.	Divulgação em Saúde para Debate, v. 16, p. 30-35, dez. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
287	Lilacs	O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação	AIRES, I. C.; VENUTO, A.; BATISTA, C. C. V.	Revista de Administração Pública, v. 30, n. 3, p. 5-18, maio/jun. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
302	Lilacs	Participación social y apoderamiento comunitario en salud pública	SANTIAGO, L. E et al.	Puerto Rico Health Sciences Journal, v. 22, n. 1, p. 39-41, mar. 2003.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
321	Lilacs	Programa de Estudos em Gestão Social - PEGS	TENÓRIO, F. G.	Revista de Administração Pública, v. 30, n. 5, p. 161-164, set./out. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
322	Lilacs	Programa de Estudos em Gestão Social: Gestão social e a saúde no Brasil	TENÓRIO, F. G. et al.	Revista de Administração Pública, v. 32, n. 4, p. 228-230, jul./ago. 1998.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
326	Lilacs	Projeto UNI-Londrina: processos e resultados	SOARES, D. A.; GIL, C. R. R.; ITO, A. M. Y.	Divulgação em Saúde para o Debate, n. 12, p. 63-76, jul. 1996.	Sim	-

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
345	Lilacs	Reformas del sector de la salud y participacion social	CELEDON, C.; NOE, M.	Revista Panamericana de Salud Publica, v. 8, n. 1/2, p. 99-104, jul./ago. 2000.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
348	Lilacs	Reinvindicación social y salud	TORRES GOITIA, J.	J & G: Revista de Epidemiologia Comunitária, v. 5, n. 1, p. 7-12, jan./maio 1994.	Não	Não encontrado nem pelo COMUT UFG
360	Lilacs	Saúde, direito primordial de cidadania	O'DWYER, G. C.; LEITE, M. A. C. A.	Divulgação em Saúde para Debate, n. 17, p. 91-93, mar.1997.	Não	Não explica se são CLS da AB
381	Lilacs	Sobre la participación comunitaria a nivel local: una visión desde el sector no gubernamental	FERNÁNDEZ, E.	Cuadernos Médico-sociales, v. 33, n. 2, p. 47-52, jun. 1992.	Não	Estudo desenvolvido em outro país
411	Lilacs, Pubmed	Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil	FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.	Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 12, p. 2683-2694, dez. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
744	Pubmed	Dialogue and participation in a local health council in the State of Santa Catarina Brazil	WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S.	Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
747	Pubmed	Digital inclusion and health counselors: a policy for the reduction of social inequalities in Brazil	MORAES, I. H. S. et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 879-888, maio/jun. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
924	Pubmed	Health and political reform: is the Brazilian National Health Care System sustainability in question?	CAMPOS, G. W.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
931	Pubmed	Health care policies and health reform today: limitations and possibilities	COHN, A.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, supl. 2, p. 2021-2023, dez. 2008.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
935	Pubmed	Health care reform and the Brazilian Public Health Care System: sustainability issues	FLEURY, S.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 307-309, mar./abr. 2007.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
936	Pubmed	Health care systems in transition: Brazil Part I: An outline of Brazil's health care system reforms	BUSS, P.; GADELHA, P.	Journal of public health medicine, v. 18, n. 3, p. 289-295, set. 1996.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
942	Pubmed	Health defines priorities in research	BRASIL. Ministério da Saúde	Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 5, p. 974-977, out. 2008.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
946	Pubmed	Health education: new perspectives	SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M.	Cadernos de Saúde Pública, v. 15, supl. 2, p. 4-5, nov. 1999.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
947	Pubmed	Health education: the family health teams perspective and clients' participation	MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F.	Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 174-179, mar./abr. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
954	Pubmed	Health needs according to civil society and the state	CAMPOS, C. M.; MISHIMA, S. M.	Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.	Sim	-
956	Pubmed	Health policies and practices toward equity	SENA, R. R.; SILVA, K. L.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. especial, p. 771-776, dez. 2007.	Não	Não explica se são CLS da AB
975	Pubmed	Health reform in São Paulo during the 70's and the Unified Health System (SUS)	CAMPOS, G. W.	Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 1, p. 34-36, jan./fev. 2006.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
993	Pubmed	Health: a critical analysis and proposals for implementation in the city of Londrina and region	TURINI, T. L. et al.	Semina Ciências Biológicas e da Saúde, v. 12, n. 2, p. 101-107, jun. 1991.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1134	Pubmed	Living conditions and life experiences of working-class groups in Rio de Janeiro: rethinking dengue control and popular mobilization	OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V.	Cadernos de Saúde Pública, v. 17, supl., p. 77-88, 2001.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1291	Pubmed	Participation health and the development of community resources in Southern Brazil	GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S.	Journal of Health Psychology, v. 9, n. 2, p. 311-322, mar. 2004.	Não	Não explica se são CLS da AB
1403	Pubmed	Public health advocacy on behalf of women in São Paulo: learning to participate in the planning process	PEDALINI, L. M.; DALLARI, S. G.; BARBER-MADDEN, R.	Journal of Public health policy, v. 14, n. 2, p. 183-197, 1993.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1430	Pubmed	Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after	OTTAWA, W. N. et al.	Health Promotion International, v. 26, supl. 2, p. ii226-ii236, dez. 2011.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
1517	Pubmed	Social participation in health in Brazil and England: inclusion representation and authority	BARNES, M.; COELHO, V. S.	Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, v. 12, n. 3, p. 226-236, set. 2009.	Não	Não explica se são CLS da AB
1518	Pubmed	Social participation in the achievement of health policies to women in Brazil	COSTA, A. M.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, jul./ago 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1593	Pubmed	The conception of administrators regarding the formation of a healthcare consortium in Pernambuco Brazil: a case study	SILVA, K. S.; BEZERRA, A. F.	The International Journal of Health Planning and Management, v. 26, n. 2, p. 158-172, abr./jun. 2011.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1600	Pubmed	The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control	KALK, A. ; FLEISCHER, K.	Leprosy Review, v. 75, n. 1, p. 67-78, mar. 2004.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1612	Pubmed	The federal politics of basic sanitation and the initiatives of participation mobilization social control health and environmental education	MOISÉS, M. et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2581-2591, ago. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1619	Pubmed	The impact of the Brazil experience in Latin America	UAUY, R.	Lancet, v. 377, n. 9782, p. 1984-1986, jun. 2011.	Não	Não fala sobre os CLS da AB

(Continuação) Artigos incluídos e excluídos após leitura integral.

Nº	Base de indexação	Título	Autores	Revista	Inclusão	Motivo da exclusão
1656	Pubmed	The reform process and social participation in health in Latin America	VÁZQUEZ, M. L. et al.	Gaceta sanitaria, v. 16, n. 1, p. 30-38, jan./fev. 2002.	Não	Não explica se são CLS da AB
1688	Pubmed	The Unified National Health System 20 years: assessment and perspectives	MENICUCCI, T. M.	Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1724	Pubmed	Understanding the user's health behavior change through their participation in the Family Health Program	MACHADO, M. D. E. F.; VIEIRA, N. F.; SILVA, R. M.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 4, p. 2133-2143, jul. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1893	Scielo	Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família	CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A.	Texto & Contexto Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 271-279, jun. 2007.	Sim	-
1901	Scielo	Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde	CUBAS, M. R.	Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 3, p. 278-283, jun. 2005.	Sim	-
1915	Scielo	Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?	LANDERDHAL, M. C. et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, ago. 2010.	Não	Não fala sobre os CLS da AB
1942	Scielo, Lilacs	O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde	BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J.	Saúde e Sociedade, v. 15, n. 1, p. 107-114, abr. 2006.	Sim	-
1960	Scielo, Lilacs, Pubmed	Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família	BUDÓ, M. L. D. et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 4, p. 753-760, dez. 2010.	Sim	-