

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**THAYS DE MELO BEZERRA**

**GESTÃO PARTICIPATIVA E O PODER DELIBERATIVO SOCIAL: DESAFIOS NO  
ÂMBITO DO SUS NA ÚLTIMA DÉCADA**

**RECIFE**

**2019**

**THAYS DE MELO BEZERRA**

**GESTÃO PARTICIPATIVA E O PODER DELIBERATIVO SOCIAL: DESAFIOS NO  
ÂMBITO DO SUS NA ÚLTIMA DÉCADA**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título especialista em saúde coletiva.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

**RECIFE**

**2019**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

B574g Bezerra, Thays de Melo.

Gestão participativa e o poder deliberativo social: desafios no âmbito do sus na última década / Thays de Melo Bezerra. — Recife: [s. n.], 2019. 27 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

1. Participação social. 2. Controle Social Formal. 3. Sistema Único de Saúde. I. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo. II. Título.

CDU 304

---

**THAYS DE MELO BEZERRA**

**GESTÃO PARTICIPATIVA E O PODER DELIBERATIVO SOCIAL: DESAFIOS NO  
ÂMBITO DO SUS NA ÚLTIMA DÉCADA**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título especialista em saúde coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino  
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias (Examinador)  
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

**GESTÃO PARTICIPATIVA E O PODER DELIBERATIVO SOCIAL: DESAFIOS NO  
ÂMBITO DO SUS NA ÚLTIMA DÉCADA**

**PARTICIPATORY MANAGEMENT AND THE SOCIAL DELIBERATIVE POWER:  
CHALLENGES IN THE FRAMEWORK OF SUS IN THE LAST DECADE**

Thays de Melo Bezerra<sup>1</sup>

Louisiana Regadas de Macedo Quinino<sup>1</sup>

Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz<sup>1</sup>

Av. Moraes Rego, s/n, Recife/Pernambuco - Brasil

Cep.: 50670-420. Telefone: 81 987663205

E-mail: thaysmbezerra@gmail.com

Artigo submetido a revista "Physis Revista de Saúde Coletiva, em estado de processamento administrativo da revista.

## RESUMO

Objetivou-se buscar na literatura os desafios da gestão participativa com a valorização social nas diversas instâncias deliberativas do SUS na última década. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizou-se a busca nas bases de dados BVS e SCIELO. Para avaliação do rigor metodológico dos estudos incluídos foi utilizado o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “Public Health Resource Unit” (PHRU). Buscando sistematizar a análise dos resultados optou-se por categorizar as esferas de gestão participativa abordadas nos artigos, reunindo os desafios encontrados e apontando sua incidência em cada esfera. Considerando que o SUS possui como matriz ideológica a gestão participativa, ancorada na participação social como princípio organizativo do sistema, a presente pesquisa traz implicações importantes visto que evidencia os principais desafios para consolidação da gestão participativa com real poder deliberativo social no SUS nos últimos dez anos, dando subsídio à formulação de novas estratégias para superá-los tanto no âmbito científico como na prática da gestão em saúde.

**Palavras chaves:** Participação social, controle social, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACTS

The objective was to search in the literature the challenges of participatory management with social valorization in the various deliberative instances of SUS in the last decade. This is an integrative literature review, the search of the BVS and SCIELO databases was carried out. To assess the methodological rigor of the included studies, the instrument adapted from the Critical Appraise Skills Program (CASP) - Critical Reading Skills Program, part of the Public Health Resource Unit (PHRU) was used. Aiming to systematize the analysis of results, we chose to categorize the participatory management spheres addressed in the articles, gathering the challenges encountered and pointing out their incidence in each sphere. Considering that SUS has as its ideological matrix participatory management, anchored in social participation as an organizational principle of the system, this research has important implications since it highlights the main challenges for the consolidation of participatory management with real social deliberative power in SUS over the last ten years , giving support to the formulation of new strategies to overcome them both in the scientific scope and in the practice of health management.

**Keyword:** Social participation, social control, Unified Health System.

## 1. INTRODUÇÃO

No contexto sociopolítico de Reforma Sanitária, instituiu-se o Sistema Único de Saúde Brasileiro, fundamentado em um conceito ampliado de saúde e baseado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, agregados à participação social. A saúde passa a emergir como questão de cidadania, onde o usuário, como membro de uma comunidade organizada, tem o direito a saúde e o dever de participar politicamente da gestão do sistema (PINHEIRO, 1995; COSTA; LIONÇO, 2006; CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Historicamente o controle social se apresentou durante muitos anos como o controle do Estado sobre a sociedade, no período da ditadura militar. Com a organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, em prol de um Estado democrático evidenciou-se a possibilidade de inversão do controle social. Surge, então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado (CONASS, 2003).

A participação e controle social se referem à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado, Reveste-se de caráter reflexivo e crítico, possibilitando a reivindicação dos direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários. O controle social torna-se ferramenta para a realização da Gestão Participativa, que é o ato democrático de gerenciar as deliberações do controle social pelo planejamento de políticas, programas e serviços de saúde que atendam aos legítimos interesses públicos. É a materialização da participação social institucionalizada (OLIVEIRA, 2003; ARANTES et al., 2007).

Institucionalmente a participação da sociedade na gestão do SUS é praticada através de gestões colegiadas e representativas. Legalmente a participação social em saúde foi estabelecida no Art. 198 da Constituição Federal, regulamentada pela Lei 8080/90 e institucionalizada pela Lei 8142/90, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

A Lei 8142 institui as instâncias colegiadas de participação, conferências e conselhos de saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores, devendo estar implantadas no âmbito nacional, estadual e municipal.

Os Conselhos de Saúde são meios de exercício da gestão participativa que não substituem, mas integram os poderes executivo, legislativo e judiciário. Sua composição é paritária formada por 50% de representantes dos usuários, e a outra metade por gestores, prestadores e trabalhadores do SUS. Suas funções são amplas, que vão da formulação de estratégias ao controle da execução das políticas de saúde. O papel fundamental dos Conselhos é exercido nas decisões quanto às prioridades sanitárias, na fixação de diretrizes para atenção à saúde da população e na fiscalização da execução dessas diretrizes. Para tal sua principal ferramenta é o Plano de Saúde que devem ser coerentes com o modelo de atenção e de gestão da saúde indicado pelos princípios e diretrizes do SUS (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

As Conferências de Saúde reúnem representantes da sociedade – usuários do SUS, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde – para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, estados e em âmbito nacional, essas diretrizes devem ser garantidas no Plano de Saúde que são respectivamente aprovado pelo Conselho de Saúde. A Lei n.º 8.142/1990 prevê que as Conferências Nacionais de Saúde sejam realizadas regularmente a cada quatro anos, ou em caráter extraordinário, convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde. As deliberações discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde são resultantes dos debates ocorridos nos estados, através das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas decorrentes das Conferências Municipais. É esta representatividade local que garante a legitimidade (BRASIL, 1990) (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Procurando concretizar a descentralização do sistema de saúde e assegurar a representatividade diante a imensa diversidade de necessidades nos 5.364 municípios brasileiros, foi instituído espaços de negociação e pactuação idealizando superar a fragmentação na gestão do SUS. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito estadual. Essas comissões são importantes espaços de gestão compartilhada e estratégica no SUS, onde delibera-se sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos em conformidade com os Planos de Saúde, aprovados pelos conselhos de saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Outro mecanismo implantado pelo estado com o objetivo de viabilizar a participação da sociedade na gestão dos serviços públicos são as ouvidorias do SUS, elas

devem ser descentralizadas de forma que a população possa exercer controle, avaliação e participar do processo decisório do sistema de saúde na esfera nacional, estadual e municipal. Embora não tenha poder deliberativo, esta instância é importante por ser mais um canal de participação (SILVA et al., 2016).

Martins et al, (2008) destaca que essa reestruturação da forma de intervenção da sociedade na gestão de políticas públicas como direito e dever, embora tenha representado uma grande conquista. Foi instituída em um contexto autoritário marcado por desigualdades nos diversos setores sociais. Apesar dos esforços para consolidação dessa visão moderna, ainda não se verifica, na prática, um progresso efetivo dos direitos civis, políticos e sociais. O que se tem, efetivamente, é um processo de construção lenta da cidadania como valor coletivo, marcado por instabilidade política, social e econômica e fragilidade dos direitos civis.

Muito se discute na literatura atual sobre a participação no âmbito da gestão em saúde no Brasil. Entre os pontos discutidos, os que mais se destacam, referem-se à efetividade dos mecanismos de participação da sociedade civil, ao real poder no processo decisório e sobre o modelo institucionalizado de participação nos Concelhos de Saúde que se dá sobre a forma representativa. Esse modelo contradiz a ideia da participação como ganho democrático, no sentido de empoderar, atuar diretamente. O que se tem é um espaço de representação dos usuários e não, uma arena de exercício da democracia direta (MARTINS et al., 2008; MORITA et al., 2006; GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

Diversos autores vêm identificando ainda outros entraves e dilemas, relacionados ao fato de que o funcionamento dos Concelhos não é uniforme em todo o país, realçando as dificuldades, no tocante da representatividade, evidenciadas nos processos de participação social brasileiro (COTTA et al., 1998; LABRA, 2002; GUIZARDI, PINHEIRO 2006; BISPO JUNIOR; SA MPAIO, 2008).

Deste modo, dada a quantidade crescente de informações publicadas na área da saúde, o presente estudo se propõe a realizar uma revisão integrativa de literatura para analisar os fatores limitantes na efetivação da gestão participativa da sociedade nas esferas deliberativas do SUS, utilizando-se das evidências elucidadas em estudos científicos.

Vale ressaltar a pertinência de reafirmar a prática democrática de participação da sociedade na gestão de políticas públicas frente ao momento político vivenciado

atualmente, caracterizado por perdas substanciais de direitos e afrouxamento das responsabilidades do estado perante a sociedade, em particular a revogação do decreto 8243 de 2014 que institui a Política Nacional de Participação Social.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo revisou a literatura para buscar compreender quais os principais entraves à gestão participativa do SUS na última década, desse modo optou-se pela revisão integrativa visto que tal método tem a intenção de integrar as opiniões, ideias e resultados encontrados em pesquisas sobre um tema, contribuindo para uma ampla compreensão sobre o objeto estudado permitindo apontar lacunas do conhecimento e gerando oportunidades para o surgimento de novas teorias, sendo assim o primeiro passo para construção do conhecimento científico, a partir da Prática Baseada em Evidências. (WHITEMORE; KNAFL, 2005)

Para o desenvolvimento da presente revisão foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese dos conhecimentos. (WHITEMORE; KNAFL, 2005)

Tomou-se como tema do estudo a gestão participativa no SUS, tendo como questão norteadora: Quais os limites da gestão participativa com a valorização social nas diversas instâncias deliberativas do SUS?

A etapa subsequente foi a seleção dos critérios de inclusão e exclusão, incluiu-se estudos qualitativos originais e relatos de experiência do âmbito da saúde, no período de 2009 a 2018, que abordassem o problema pesquisado e que foram selecionados a partir do método de avaliação de qualidade adotado pela autora. Não delimitou-se idioma nem a disponibilidade online do documento completo, com a finalidade de ampliar a busca e enriquecer os resultados da pesquisa. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, que não envolviam participação de seres humanos, artigos em duplicidade, fora do período delimitado, que não abordassem o problema pesquisado e que não atingiram pontuação adequada na avaliação de qualidade.

Iniciou-se então a seleção dos artigos, através da busca das publicações da literatura científica, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possibilita realizar busca simultânea das publicações relevantes nas principais bases de

dados científicos no campo nacional e internacional e na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para a busca em ambas as bases de dados, utilizou-se os seguintes descritores ‘participação social’, ‘controle social’, ‘Sistema Único de Saúde’, no período 2009 a 2018. A busca foi realizada, concomitantemente, nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, com o intuito de garantir uma busca ampla de evidências.

Após a busca, foi realizada a pré-seleção dos artigos, através da leitura dos títulos e resumos, com o objetivo de identificar a adequação dos mesmos aos critérios estabelecidos. Para seleção dos artigos realizou-se leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados buscando identificar os estudos que apontassem limitações, desafios e sinônimos para efetividade da participação social na gestão do SUS.

Em seguida foi realizada uma avaliação da qualidade dos estudos selecionados, para tal foi utilizado o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “Public Health Resource Unit” (PHRU). O instrumento é composto por 10 itens (máximo 10 pontos). os estudos foram classificados segundo a pontuação de 6 a 10 itens (boa qualidade metodologia e risco de viés reduzido) e mínima de 5 itens (qualidade metodologia satisfatória porém risco de viés aumentado). Optou-se por utilizar apenas os estudos que receberam pontuação de 6 a 10 itens (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002).

Para categorização dos estudos selecionados foi elaborada uma matriz de síntese com as seguintes informações: título, autores, base de dados, ano de publicação e método. Para investigação do problema de pesquisa, buscou-se, nos artigos que compõem a amostra, a presença dos trechos ou palavras-chave como: desafio, entrave, limitações, problemas entre outros sinônimos.

Buscando sistematizar a análise dos resultados optou-se por categorizar as esferas de gestão participativa abordadas nos artigos, reunindo os desafios encontrados e apontando sua incidência em cada esfera. Deste modo foi possível retratar os desafios para efetividade da gestão participativa com a valorização do usuário, relatados nos estudos inclusos, caracterizar esses desafios em cada esfera deliberativa e aferir sua recorrência.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram encontrados nas bases de dados 224 trabalhos científicos. Em seguida, deu-se a leitura dos mesmos para verificação dos critérios de inclusão e exclusão. A partir da leitura dos títulos e resumos, 29 trabalhos foram pré-selecionados para leitura na íntegra. Com a leitura verificou-se que 15 desses estudos não atendiam aos critérios de inclusão propostos, sendo excluídos. Desta forma a amostra do presente estudo totalizou 14 trabalhos científicos. A seguir, observa-se a tabela 1 que apresenta todas as etapas do processo de seleção dos estudos em cada base de dados.

TABELA 1 – Processo de seleção de artigos em cada base de dados, RECIFE, PE, 2019.

<b>Artigos</b>					
<b>Bases de dados</b>	<b>Encontrados</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Excluídos</b>	<b>Analizados</b>	
<b>LILACS</b>	150	7	1	6	
<b>CidSaúde</b>	6	2	2	0	
<b>MEDILINE</b>	5	2	2	0	
<b>SciELO</b>	63	20	12	8	
<b>TOTAL</b>	224	29	15	<b>14</b>	

FONTE: Elaborado pela autora.

A maioria dos estudos que compõem a amostra foram realizados em municípios e capitais brasileiras, havendo 01 de âmbito nacional. A maioria foi publicada em periódicos de saúde coletiva. No que diz respeito ao ano de realização do estudo, nos 10 anos (2009 à 2018), foram selecionados de 1 a 2 estudos/ano com exceção do ano de 2010 onde foram selecionados 3 estudos e os anos de 2015 e 2018 onde nenhum estudo respondeu aos critérios de seleção da amostra. Com relação ao método adotado pelos estudos, todos são qualitativos, havendo 1 com abordagem mista (quali-quantitativa), 3 relatos de experiência e 2 pesquisa-ação. No quadro 1 encontra-se a caracterização dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

QUADRO 1, Caracterização dos estudos inclusos na amostra, RECIFE, PE, 2019.

TÍTULO	AUTORES	BASE DE DADOS/ANO	PERIÓDICO	METODOLOGIA
1. O fazer coletivo nas políticas de saúde da FÓ/Brasilândia (SP): fóruns, redes, Grupalidades.	HABERLAND, R.; PAVAM, C.; CRUZ, L.S.; JOIA, J.H.; OLIVEIRA, A.; ROCHA, P.R.; TRENCH, M.C.B.	LILACS 2017	Distúrb. comun; 29(4): 793-808, dez. 2017.	Relato de experiência
2. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS.	SILVA, R.P.; JESUS, E.A.; RICARDI, L.M.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M.	SCIELO 2016	Saúde debate vol.40 no.110 Rio de Janeiro July/Sept. 2016	Abordagem qualitativa. Coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e diário de campo. Os dados foram submetidos a análise de discurso.
3. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na Saúde.	OLIVEIRA, D.M.; DEUS, N.C.P.; CAÇADOR, B.S.; SILVA, E.A.; GARCIA, P.P.C.; JESUS, M.C.P.; ET AL.	SCIELO 2016	Rev. Bras. Enferm. vol.69 no.3 Brasília May./June 2016	Abordagem qualitativa.Coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos a Análise de Conteúdo.
4. Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS.	SOUSA, F.R.	SCIELO 2014	Interface (Botucatu) vol.18 supl.2 Botucatu 2014	Estudo descritivo
5. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do	SHIMIZU, H.E.; PEREIRA, M.F.; CARDOSO, A.J.C.; BERMUDEZ, X.P.C.D.	SCIELO 2013	Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2013	Abordagem qualitativa. Coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado.

controle social em saúde no SUS.				
6. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado.	PIMENTA, A.L.	SCIELO 2012	Saude soc. vol.21 supl.1 São Paulo May 2012	Abordagem qualitativa. Coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado em grupos focais e análise documental.
7. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE.	BARRETO, I.C.H.C; ANDRADE, L.O.M.; MOREIRA, A.M.M.; MACHADO, M.M.T; SILVA, M.R.F; OLIVEIRA, L.C.; ET AL.	SCIELO 2012	Saude soc. vol.21 supl.1 São Paulo May 2012	Relato de experiência
8. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde.	COTTA, R.M.M; MARTINS, P.C.; BATISTA, R.S.; FRANCESCHINNI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; MENDES, F.F.	SCIELO 2011	Physis vol.21 no.3 Rio de Janeiro 2011	Abordagem qualitativa. Coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos a Análise de Conteúdo.
9. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o Monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes.	SAMPAIO, J; CARVALHO, E.M.F.; PEREIRA, G.F.C.; MELLO, F.M.B.	LILACS 2011	Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011	Estudo analítico transversal, com abordagem qualitativa. Coleta de dados por meio de Entrevistas semiestruturadas, Análise documental e Observação participativa. Os dados foram submetidos a Análise de Conteúdo.

10. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso.	MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J.	LILACS 2010	Physis vol.20 no.3 Rio de Janeiro 2010	Estudo de pesquisa-ação de tipo quali-quantitativo. Coleta de dados por meio de grupos focais com discussões criteriosamente planejadas.
11. Controle social no sistema único de saúde: subsídios para construção de Competências dos conselheiros de saúde.	COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; RODRIGUES, J.F.C.; GOMES, K.O.; JUNQUEIRA, T.S.	LILACS 2010	Physis vol.20 no.3 Rio de Janeiro 2010	Estudo de pesquisa-ação
12. O papel Da gestão municipal no Fortalecimento da participação popular e do controle social no SUS: a experiência do município de Vitória da Conquista/BA, Brasil.	RIBEIRO, S.C.S.; OLIVEIRA, J.B.	LILACS 2010	Divulg. saúde debate; (46): 77-86, maio 2010.	Relato de experiências
13. Controle social no município De Borba, Amazonas: apurando a escuta dos sussurros e fomentando a gestão participativa.	MOREIRA, M.A.; KITAJIMA, A.	LILACS 2009	Divulg. saúde debate; (44): 41-45, maio 2009.	Estudo avaliativo de abordagem qualitativa.

<p>14. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.</p>	<p>TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A.</p>	<p>SCIELO 2009</p>	<p>Interface (Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu 2009</p>	<p>Estudo comparado de casos múltiplos de tipo quali-quantitativo. Coleta de dados por meio de questionários de múltipla escolha e entrevistas com roteiro semiestruturado realizadas em grupos focais.</p>
---	---------------------------------------	------------------------	---	---

FONTE: elaborado pela autora.

Referente aos espaços deliberativos de controle social, foram identificados na amostra os concelhos de saúde vinculados a secretaria de saúde municipal ou estadual (8 estudos), os concelhos locais de saúde vinculados a estratégia saúde da família (5 estudos), e as ouvidorias de saúde vinculadas a serviços de saúde ou secretarias de saúde (3 estudos). Vale observar que alguns estudos abordaram mais de um espaço de gestão participativa. Foram categorizados (quadro 2) os desafios enfrentados no espaço de controle social, identificados pelos estudos na última década, desafios esses que impedem a efetiva gestão participativa com real poder deliberativo da sociedade.

QUADRO 2 – categorização dos desafios da gestão participativa no SUS, RECIFE, PE, 2019.

Espaços de controle social	Categorias de desafios encontrados	Frequência de repetições dos desafios
<b>Concelhos de saúde (8 estudos)</b>	Postura centralizadora/ controladora/ autoritária	11
	Grande influência das forças políticas partidárias	8
	Falta de embasamento/preparo dos conselheiros para executar suas funções.	7
	Burocratização do conselho	6
	Falta de articulação dos concelhos e secretaria de saúde com a população e movimentos sociais	6
<b>Concelhos locais de saúde (5 estudos)</b>	Postura centralizadora/ controladora/ autoritária e desvalorização do saber Popular	9
	Fortes influencias políticas e precariedade das formas contratuais de prestação de Serviço	4
	Fragilidade conceitual em relação a participação social	3
	Ausência de liderança ou mobilização comunitária e participação política da população	2
<b>Ouvidorias (3 estudos)</b>	Ausência de ouvidoria ativa	3
	Escassez de literatura/metodologias	3
	Burocratização da ouvidoria	2

FONTE: Elaborado pela autora.

Os desafios identificados são de diversas ordens, que vão da ordem política, perpassando pela ordem de organização e gestão, modelo de assistência à saúde, formação de recursos humanos para o SUS e engajamento, empoderamento e capacitação social.

No que se refere aos problemas reconhecidos nos estudos aos concelhos de saúde, a categoria mais referenciada foi a postura centralizadora/ controladora/ autoritária (11 vezes), exercida pela gestão das secretarias de saúde ou, em geral, pelos detentores do conhecimento

técnico. Tal postura este presente no planejamento e implementação das políticas, onde muitas vezes não se pratica o planejamento participativo, adotando um planejamento vertical, onde o conselho é tido como um mero espaço para repasse de informações sobre a situação de saúde, como uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela Secretaria de Saúde. Se refletem também na Falta de acesso aos dados orçamentários e prestação de contas aos conselheiros.

No entanto os Concelhos de Saúde são definidos por lei como órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, que têm entre suas atribuições a atuação direta na formulação e proposição de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

Tais característica representam o modo de gestão elitista, marcado pela centralização do poder decisório a uma elite restrita de atores. O que nos reporta à cultura historicamente construída em nosso país, marcada desde os primórdios pelo autoritarismo, patrimonialismo e elitismo predominante sobre uma organização social escravocrata. Tais valores encontram-se impregnados nas relações sociais, que apesar dos avanços promovidos pelo movimento de reforma sanitária (MRS) e a consolidação do SUS não rompemos com as heranças do passado, sendo a gestão democrática e participativa ainda incipiente (ARAÚJO, 2000; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

A Grande influência das forças políticas partidárias, ocupou o segundo lugar como categoria mais abordada pelos estudos, as ligações políticas e empregatícias dos conselheiros, as mudanças de partido atreladas a mudança da equipe que gestão e ruptura de pactos democráticos ou não continuidade de implementação de estratégias pactuadas nos espaços de controle social, são fatores que ilustram os desafios apresentados pelos estudos para tal categoria.

Segundo Santos (2012) experimentamos no Brasil, nas práticas de governos, um baixíssimo cumprimento ou distorção, das diretrizes constitucionais referentes às políticas públicas publicas universais para os direitos sociais básicos e de cidadania.

Somete quando o SUS for reconhecido como uma política de estado, imune as influencias político partidárias e livre de ser objeto de barganha em campanha eleitoral experimentaremos uma gestão participativa com efetivo controle social. De modo que quando submetemos as estratégias e políticas de saúde um dado local as vontades restritas do partido político, que matem laços empregatícios com a equipe de gestão da saúde e suplentes do

Conselho de saúde, o poder de representação e participação nas decisões políticas tornam-se ilusórios.

A Falta de embasamento/preparo dos conselheiros para executar suas funções, se destaca como a terceira categoria de desafio mais referenciado pelos estudos. Tal fenômeno, segundo os estudos, influencia a análise e votação das demandas pelos suplentes, como análises orçamentarias, e também limita seu poder de argumentação visto que muitas vezes desconhecem as diretrizes que regem a criação e o funcionamento dos conselhos.

As funções referidas aos conselheiros de saúde são amplas, complexas e exigem certo grau de qualificação, são elas: a fiscalização do funcionamento do sistema de saúde e dos recursos financeiros; a deliberações sobre definição das políticas e prioridades de saúde, a avaliação e deliberação do plano de saúde; e por fim, a função consultiva, que trata da avaliação dos convênios ou outras questões de saúde. Justificando a necessidade de capacitações permanentes para que eles possam se apropriar do seu papel e enriquecer as discussões na formulação e implantação das políticas de saúde (SOARES; TRINCAUS, 2007).

A burocratização dos concelhos de saúde, essa categoria de desafio, tal como é abordada pelos estudos é abordado, trata-se das formas de organização do funcionamento cotidiano dos conselhos de saúde. O grande volume das atividades a serem resolvidos impõe um ritmo intenso de trabalho que reduz a possibilidade de colocarem em discussão as questões relacionadas à formulação de políticas e ações para os municípios.

É importante pontuar que os desafios aqui apresentados não são independentes, eles apresentam relações de causa e efeito. A postura centralizadora e a falta de embasamento e preparo dos conselheiros, por exemplo, são fatores que corroboram para um concelho de saúde como instancia burocratizada, uma vez que se centraliza o planejamento das políticas, não havendo uma construção coletiva e sim a imposição de estratégias para mero conhecimento e aprovação do concelho, concelho esse que não tem o esclarecimento devido para analisar e deliberar de forma consciente, tornando o concelho um espaço vazio e burocratizado.

Essa forma de organização das práticas no conselho, extremamente centralizada, verticalizada e burocratizada, impede que os sujeitos dialoguem com sua experiência e com os desejos nele implicados, revelando-se pouco porosos à produção de novas possibilidades de construção de projetos coletivos (SHIMIZU et al., 2013).

A categoria Falta de articulação dos concelhos e secretaria de saúde com a população e movimentos sociais englobou temáticas, abordadas no estudo, como a falta de representatividade, falta de visibilidade e até o desconhecimento das funções dos concelhos de saúde perante a população.

A ausência de divulgação é criticada por Demo (1996), que acredita que a visibilidade dos Conselhos de Saúde é um ponto decisivo e se caracteriza pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a população. Segundo o autor, o conhecimento coloca o usuário no centro do processo estabelecendo uma relação de corresponsabilidade. De modo que para que a gestão participativa se concretize, torna-se necessário a existência de canais de participação amplamente disseminados com fluxo constante de informações.

A informação possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos Conselhos de Saúde, o acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes superadas, para que o aparato que envolve a informação em saúde esteja a serviço dos sujeitos políticos (SILVA et al., 2007).

As questões relativas a composição, representação e representatividade dos conselheiros, são de acordo com a literatura, identificados como problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados. O não respeito a paridade, a obscuridade no processo de escolha dos integrantes com influência política na determinação dos conselheiros, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários, acaba por tornar a representação ilusória dos interesses da sociedade civil (LABRA, 2002; GUIZARDI et al., 2006).

No processo de criação e reformulação dos conselhos, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deve garantir a paridade de representação do segmento dos usuários em relação aos demais segmentos, destacando que todos os representantes no conselho devem ser indicados por seus pares de acordo com sua organização ou fóruns realizados de forma independente (BRASIL, 1990).

Os concelhos de saúde como colegiado de representantes dos segmentos e movimentos sociais, integram oficialmente o campo da gestão, contribuindo na participação da comunidade e da sociedade. Não substituindo os segmentos e movimentos sociais e políticos, são, por isso, colegiados fundamentais para transmitir permanentemente às entidades e movimentos sociais as informações e análises apresentadas e debatidas nas reuniões dos

conselhos, o que contribui para a democratização das informações e análises, para a sociedade, das estratégias adotadas pela gestão para enfrentamento dos problemas e saúde, assumindo um caráter de corresponsabilidade.

No que diz respeito a instância deliberativa dos Conelhos Locais de Saúde as categorias de desafios foram bem semelhantes aos conselhos de saúde, apresentando algumas particularidades. Na categoria Postura centralizadora/ controladora/ autoritária e desvalorização do saber popular, nota-se que além da prevalência do modelo de gestão elitista, discutida no âmbito dos conselhos de saúde das secretarias de saúde, a componente desvalorização do saber popular soma-se a categoria.

A Negligência a condição de libertação dos sujeitos e de transformação da realidade, a formação acadêmica que desvaloriza o saber popular, o não incentivam à autonomia ou protagonismo dos sujeitos, a falta de avaliações coletivas periódicas e a falta de busca ativa de usuários. Foram características trazidas pelos estudos que compõem esse cenário.

Quando o profissional se situa como centralizador/controlador nos espaços de gestão participativa, dificulta e/ou até impede que os usuários e demais segmentos se expressem. Tal fato configura um espaço de monopólio, de monopólio do saber, e não de diálogo. A mediação do diálogo libertador constitui um dos grandes desafios colocados para os profissionais de saúde. Ainda persiste o diálogo autoritário, que vai ao encontro do que Paulo Freire denomina de educação bancária uma vez que a participação não é um conteúdo que pode ser transmitido, mas um conceito e comportamento a serem construídos pelo diálogo, reflexão crítica e amadurecimento do cidadão (HEIDEMANN et al., 2010).

Historicamente a universidade guarda um distanciamento das classes populares. Isto aflige muitos estudantes e gera angústia, medo, resistência. A formação é estruturada em saberes técnicos à margem da vida social e que não dialogam com outros campos de saberes, como o saber popular e as ciências sociais e humanas. Por isso a reformulação dos currículos da saúde se faz necessária, é preciso atuar na formação acadêmica dos futuros profissionais SUS de modo a formar profissionais comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (BARRETO et al, 2012).

Como afirma Vasconcelos (2001), foi construído um fosso cultural entre os profissionais de saúde e a comunidade. Isto tem produzido visível impacto na organização dos serviços de saúde, trazendo, para o centro de suas práticas, preconceitos sobre o universo popular.

A ausência de liderança ou mobilização comunitária e participação política da população, embora não tenha sido um dos desafios mais recorrentes da amostra, representa um aspecto de fundamental importância na efetivação de uma gestão democrática com real protagonismo político social.

Paim (2018) considera que ampliar as bases sociais e políticas em prol da sustentação do SUS é a chave para superação dos desafios, visto que as conquistas alcançadas pelo MRS, entre outras, a gestão democrática e participativa, teve como protagonista a organização da sociedade civil. O autor defende como fundamental a constituição de *sujeitos da práxis* (sujeitos da resistência, novos servidores públicos, sujeitos transformadores) e *sujeitos da antítese* capazes de desequilibrar o binômio conservação-mudança, em prol de uma mudança radical a favor da democracia e do MRS.

Finalmente no que se refere ao espaço de participação social das ouvidorias de saúde, foi identificados desafios referentes a Ausência de ouvidoria ativa, onde as ouvidorias se restringem às funções tradicionais de receber, registrar e encaminhar as demandas, sendo basicamente receptivas; A Escassez de literatura/metodologias referentes a prática como ferramenta de gestão e a Burocratização da ouvidoria, onde todo o sistema burocrático existe porem não gera frutos, em outras palavras, as avaliações demandadas pela população por meio da ouvidoria não são levadas em consideração no planejamento e gestão.

As ouvidorias ativas são assim denominadas pela natureza proativa de suas atividades, visto que, não apenas recebem demandas dos cidadãos e atuam sobre elas, mas se incumbe de identificar e levantar informações junto aos cidadãos, em seu território, para subsidiar as decisões da alta direção do órgão/entidade quanto às melhorias e inovações que podem ser implementadas. Um exemplo de uma atividade de ouvidoria ativa são as pesquisas de satisfação ou de nível de confiança ou aceitação dos usuários a respeito de determinada ação da instituição (BRASIL, 2013).

Deste modo, segundo os resultados pode-se inferir que é um desafio a efetivação de uma ouvidoria ativa que vá em busca do usuário para identificar suas necessidades, procurando identificar no território quais são os problemas de implementação da política de saúde, momento em que o ouvidor tem contato direto com o usuário e pode realizar a escuta em uma perspectiva de humanização.

Levando em consideração que não é concedido por nenhuma legislação à ouvidoria algum poder deliberativo na gestão, sendo seu encargo apenas recomendar, instruir, sugerir à

gestão. Considerando também a administração burocrática do Estado, conceber a ouvidoria como um mecanismo de participação da comunidade e instrumento de gestão é um ato de vontade política e de comprometimento com os princípios do SUS (SILVA et al, 2016).

Os resultados demonstram também, a escassez de literatura que trate sobre a ouvidoria como ferramenta de gestão na prática e metodologias que avaliem a efetividade das ações da ouvidoria do SUS. Sendo recomendado o incentivo a pesquisas dessa ordem.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que o SUS possui como matriz ideológica a gestão participativa, ancorada na participação social como princípio organizativo do sistema, a presente pesquisa traz implicações importantes visto que evidencia os principais desafios para consolidação da gestão participativa com real poder deliberativo social no SUS nos últimos dez anos, dando subsídio à formulação de novas estratégias para supera-los tanto no âmbito científico como na prática da gestão em saúde.

O controle social foi historicamente decisivo para a retomada do rumo da implementação das diretrizes constitucionais. Por isso a Reforma Sanitária Brasileira, ao contrário de encerrada, enquanto movimento social, está desafiada a persistir na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ouvidoria-Geral da União. Guia de orientações para Gestão de Ouvidorias. 2013b. Disponível em: <[http://www.cgu.gov.br/assuntos/ouvidoria/produtoe-servicos/consulta\\_publica/arquivos/produto\\_5\\_gestao\\_de\\_ouvidorias.pdf](http://www.cgu.gov.br/assuntos/ouvidoria/produtoe-servicos/consulta_publica/arquivos/produto_5_gestao_de_ouvidorias.pdf)>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

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.

ARAÚJO JLJ. Health sector reform in Brazil, 1995-1998. A health policy analysis of developing health system [tese]. Leeds, UK: University of Leeds; 2000.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.80-93, jan. 2012.

BISPO JUNIOR, J.P.; SAMPAIO, J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.23, n.6, p. 403-409, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dez. 1990.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

COSTA, A.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: uFV/CeBes, 1998.148p.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde\*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.853-872, jan. 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p.1121-1137, mar. 2011.

CUNHA, P.F.; MAGAJEWSKI, F.. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.71-79, jan. 2012.

DEMO, P. Participação é conquista. Noções de Política Social Participativa. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFCE, 1996.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de Saúde. **Cienc. Saude Coletiva**, v.11, n.3, p.797-805, 2006.

HABERLAND, Rosemary et al. O fazer coletivo nas políticas de saúde da FÓ/Brasilândia (SP): fóruns, redes, grupalidades. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 29, n. 4, p.793-808, nov. 2017.

Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AMi, Stulp KP. [Theoretical, conceptual and methodological incorporation of the educator Paulo Freire in research]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2015 Mar 10];63(3):416-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf> Portuguese.

LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud en Brasil. um circulo virtuoso? **Cad Saúde Pública**, v.18, p. 47-55, 2002.

MARTINS, P.C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis- Revista de saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 105-121, 2008.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSÉS, Samuel Jorge. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso\*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.785-809, mar. 2010.

Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence. London (UK): Oxford; 2002.

MOREIRA, Maria Adriana; KITAJIMA, Adriana. Controle social no município de Borba, Amazonas: apurando a escuta dos sussurros e fomentando a gestão participativa / Social. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v. 44, n. 1, p.41-45, maio 2009.

MORITA, I. et al. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saude Soc.**,v.15, n.1, p.49-57, 2006.

Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BS, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(3):394-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i>.

OLIVEIRA, M. L. *Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1723-1728, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PIMENTA, Aparecida Linhares. A Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.29-45, jan. 2012.

PINHEIRO, Roseni. Conselhos de saúde: o direito e o avesso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). IMS/ Uerj, 1995.

RIBEIRO, Fernanda de Brito; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. EXERCÍCIO DE CIDADANIA NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: A (RE)SIGNIFICAÇÃO DO “SER SUJEITO”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p.151-166, jan. 2011.

RIBEIRO, Suzana Cristina Silva; OLIVEIRA, Jussara Barros. O papel da gestão municipal no fortalecimento da participação popular e do controle social no SUS: a experiência do município de Vitória da Conquista/BA, Brasil. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, v. 46, n. 3, p.77-86, maio 2010.

SAMPAIO, Juliana et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.279-290, jan. 2011.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO: SEU DESENVOLVIMENTO INSTITUÍDO E INSTITUINTE, O DIREITO SANITÁRIO, A GOVERNABILIDADE E A BUSCA DE SAÍDAS. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (cebes)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.1-45, jan. 2012.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 18, p.2275-2284, jan. 2013.

SILVA, Raelma Paz et al. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p.81-94, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611006>.

SOARES, L.G.; TRINCAUS, M.R. Participação e controle social: uma revisão bibliográfica dos avanços e desafios vivenciados pelos conselhos de saúde. *Rev. Eletrônica Lato Sensu*, n. 1, p. 245-264, 2007.

SOUSA, Fabiana Rodrigues de. Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.1568-1568, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0406>.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.557-70, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 2001.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v.52, n.5, p. 546–553, Blackwell Publishing Ltd.