



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA INSTITUTO DE
GEOGRAFIA**

**PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR – PPGAT**

VIVIANE MARIA DE QUEIROZ ALMEIDA

**OS CONSELHOS DE SAÚDE COMO FORMA DE CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL À LUZ DA
REVISÃO INTEGRATIVA**

UBERLÂNDIA/MG 2023

VIVIANE MARIA DE QUEIROZ ALMEIDA

**OS CONSELHOS DE SAÚDE, COMO FORMA DE CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL À LUZ DA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Professor Dr. João Carlos de Oliveira

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A447
2022 Almeida, Viviane Maria de Queiroz, 1969-
Os conselhos de Saúde, como forma de controle social,
na saúde pública do Brasil, a luz da revisão integrativa
[recurso eletrônico] / Viviane Maria de Queiroz Almeida.
- 2022.

Orientador: João Carlos de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.300>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Oliveira, João Carlos de ,
1960-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	14/06/2023	Hora de início:	14h:10	Hora de encerramento:	16h:45
Matrícula do Discente:	11812GST024				
Nome do Discente:	Viviane Maria de Queiroz Almeida				
Título do Trabalho:	Os Conselhos de Saúde, como forma de controle social na saúde pública do Brasil, a luz da revisão integrativa				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma <https://conferenciaweb.rnp.br/ufu/sala-de-defesas>, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Flávia de Oliveira Santos do Instituto Federal do Amapá - Campus Santana; Gersa Gonçalves Moura do Instituto de Ciência Humanas do Pontal (ICHPO/UFU); João Carlos de Oliveira da Escola Técnica de Saúde (UFU), orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. João Carlos de Oliveira apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimeira a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 15/06/2023, às 13:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia de Oliveira Santos, Usuário Externo**, em 15/06/2023, às 18:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos de Oliveira, Professor(a) do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, em 19/06/2023, às 09:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4568945** e o código CRC **8BE250DE**.

Dedico a minha mãe Maria das Dores Queiroz (**In Memoriam**) a minha “pérola negra”, pela paciência e o carinho nos Conselhos e orientações que ficaram para sempre na minha vida.

Dedico a meu pai Sebastião Carlos de Almeida (**In Memoriam**) que me levou a refletir que na vida teremos que nos superar a todos os instantes.

AGRADECIMENTO

Agradeço a DEUS por está comigo a todo momento, proporcionando os encontros da minha vida, com pessoas que de todas as formas fizeram parte da minha caminhada, contribuindo com o meu crescimento espiritual, pessoal e profissional.

Aos meus familiares, filhos, esposo e genro por estarem sempre ao meu lado, incentivando e auxiliando na construção da Dissertação.

Ao meu orientador, professor doutor João Carlos de Oliveira (carinhosamente conhecido como João Criatura), pelos preciosos direcionamentos e pela marcante sensibilidade, carinho e empatia.

Aos meus colegas, amigos e professores do mestrado, pelo companheirismo, pela troca e pelo aprendizado compartilhados.

Em especial a minha colega de mestrado Elinausa Lisboa dos Santos Garcia, pelas orientações, informações e acolhimento nos momentos de dificuldades.

Aos professores doutores membros da banca, pelas correções precisas e essenciais para conclusão dessa Dissertação, a vocês minha admiração e o meu reconhecimento.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Instituto de Geografia por proporcionarem um curso de Pós-Graduação-Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, de alta qualidade, que possibilita nosso crescimento na academia.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A presente Dissertação identificou as produções científicas, em forma de artigo, que escrevem sobre os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social, na Saúde Pública do Brasil. E a importância dos Conselhos de Saúde como espaço de participação social no processo decisório das políticas públicas de Saúde e o exercício do Controle Social, na Saúde pública do Brasil para a efetivação de políticas públicas. **OBJETIVOS:** identificar, categorizar e apresentar os artigos científicos publicados, sobre os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil. **MÉTODO:** Revisão Integrativa da Literatura (RIL), realizou buscas na base de dados do Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os descritores: Saúde Pública do Brasil, Controle Social e Conselhos de Saúde. **RESULTADOS:** Foram encontradas 457 publicações desses 416 identificados em forma de artigos, onde 270 artigos publicados em português, desses somente 69 tem referência a Saúde Pública do Brasil como tema e 45 artigos publicados entre 2014 a 2018. Após a leitura dos resumos e introdução dos artigos, restaram 13 artigos. Realizado a leitura dos 13 artigos na íntegra, foram selecionados 6 que continha a temática da pesquisa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Revisão Integrativa apresentou a importância dos Conselhos de Saúde enquanto espaço de fomentação e participação social na arena deliberativa, para a efetivação de políticas públicas na Saúde pública do Brasil que garantam direitos e tragam benefícios a Saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde Pública do Brasil, Controle Social e Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This Dissertation identified the scientific productions, in the form of articles, that write about the Health Councils, as a form of Social Control, in Public Health in Brazil. And the importance of Health Councils as a space for social participation in the decision-making process of public health policies and the exercise of social control in public health in Brazil for the implementation of public policies. **OBJECTIVES:** to identify, categorize and present published scientific articles on Health Councils as a form of Social Control in Public Health in Brazil. **METHOD:** Integrative Literature Review (RIL) searched the database of Periodicals Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), using the descriptors: Public Health in Brazil, Social Control and Health Councils. **RESULTS:** We found 457 publications of these 416 identified in the form of articles, where 270 articles published in Portuguese, of these only 69 have reference to Public Health in Brazil as a theme and 45 articles published between 2014 and 2018. After reading the abstracts and introducing the articles, 13 remained articles. After reading the 13 articles in full, 6 that contained the research theme were selected. **FINAL CONSIDERATIONS:** The Integrative Review presented the importance of Health Councils as a space for fostering and social participation in the deliberative arena, for the implementation of public policies; in public health in Brazil that guarantee rights and bring benefits to workers' health.

Key words: Public Health in Brazil, Social Control and Health Councils.

LISTAS DE ABREVIATURAS

AIS – Atenção Integrativa a Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIT - Comissão de Intergestores Tripartite
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COVID - 19- Doença do Coronavírus
DECS - Descritores em Ciência da Saúde
ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
HEMOBRAS - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde
PPGAT- Programa de Pós-Graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PSF - Programa de Saúde da Família
RI - Revisão Integrativa
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UFU - Universidade Federal de Uberlândia

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Brasil: composição paritária dos Conselhos de Saúde 2016	29
Figura 2 - Brasil: estrutura dos Conselhos de Saúde 2018	30
Figura 3 - Brasil: Tipos de revisão de literatura.....	34
Figura 4 - Brasil: Etapas da Revisão Integrativa.....	39
Figura 5 - Brasil: Associação dos descritores e critérios de inclusão	45
Figura 6 - Brasil: Associação dos descritores e critérios de exclusão	47

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Publicações incluídas no período de 2014 a 2018	46
Gráfico 2 - Publicações excluídas no período de 2014 a 2018	48
Gráfico 3 - Ano de publicação dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão	49
Gráfico 4 - Tipo de revista de publicação dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão.....	50

QUADROS

Quadro 1 - Brasil: Linha do tempo da Saúde Pública do Brasil de 1923 a 2021	19
Quadro 2 - Brasil: Competências do Conselho Nacional de Saúde	30
Quadro 3 - Brasil: Conceitos da estrutura dos Conselhos de Saúde	31
Quadro 4 - Brasil: Conferências nacionais de Saúde do Brasil, desde 1941 a 2019..	33
Quadro 5 - Brasil: Os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão, no período de 2014 a 2018	43

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	14
1 OBJETIVOS	16
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.1.1 Identificar os artigos que abordam os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.2.1 Categorizar os artigos científicos e autores que escrevem sobre os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.	16
1.2.2 Apresentar os artigos científicos que tem os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde pública do Brasil.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 A SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA: linha do tempo	17
2.2 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL.....	25
2.3 CONSELHOS DE SAÚDE: NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL.....	27
2.4 TIPOS DE REVISÃO DA LITERATURA	34
3 METODOLOGIA	37
3.1 PRIMEIRA ETAPA	40
3.1.1 Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa.....	40
3.2 SEGUNDA ETAPA.....	41
3.2.1 Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos, para a orientação da busca e seleção dos estudos.....	41
3.3 TERCEIRA ETAPA	42
3.3.1 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.	42
3.4 QUARTA ETAPA	42
3.4.1 Categorização dos estudos selecionados.	42
3.5 QUINTA ETAPA.....	43
3.5.1 Análise e interpretação dos resultados.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55

APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado é resultado da concretização de um projeto de pesquisa, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, por meio de uma Revisão Integrativa. Entretanto, antes de introduzi-la, apresento uma breve exposição do meu caminho percorrido, desde abril de 1992 sou concursada e atuo como oficial administrativo na prefeitura municipal de Uberlândia, lotada na Secretária Municipal de Saúde (SMS). Em 1999, me graduei em Ciências Contábeis, pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), em Minas Gerais.

Foi a minha atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando como oficial administrativo na recepção de algumas unidades de Saúde na cidade de Uberlândia, que tive o entendimento, sobre a importância do SUS, na Saúde Pública do Brasil. E como a participação do usuário interno e externo do SUS, é importante para a efetivação de políticas públicas que promovam a Saúde do trabalhador.

A minha vivência profissional com a Saúde coletiva, e a busca por relações humanizadas e atenção qualificada ao usuário, impulsionou-me a buscar o aprimoramento dos meus conhecimentos, cursando especialização em relações interpessoais na Universidade católica em Uberlândia - MG em 2010, na qual aprendi sobre vários temas que envolvem a complexa gestão da informação na Saúde e tendo em vista aprofundá-los em Saúde coletiva, com ênfase na Saúde do trabalhador.

Em 2018, ingressei no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da UFU (PPGAT).

Cursar o mestrado profissional trouxe-me, uma compreensão ampla dos processos da gestão da Saúde pública e seus processos para melhorar a Saúde do trabalhador, e as suas condições de trabalho. Essas percepções, somadas a minha vivência profissional, convergiram para a escolha do tema desse estudo “Os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil, a luz da Revisão Integrativa”.

Reaprendendo e apreendendo novas formas de pesquisa, em que as informações pudessem transformar em conhecimento.

E por isso, diante de algumas dificuldades, por mim enfrentadas, em relação ao método de pesquisa utilizado, foi feito um adentro nesta Dissertação para discorrer sobre os diferentes tipos de revisão da literatura que, podemos utilizar em um trabalho científico.

E durante todo processo do mestrado, a minha trajetória foi marcada por perdas de entes queridos e pela pandemia do COVID 19, que mudou a minha caminhada, trazendo mudanças

de comportamentos e costumes.

Mas, com DEUS no comando sempre, caminhamos.

Enfim, o nosso papel como pesquisadores, foi de identificar, categorizar e apresentar os artigos científicos publicados sobre a importância dos Conselhos de Saúde como porta de entrada legalizada, para a participação popular, na Saúde Pública do Brasil, em prol da Saúde do trabalhador.

INTRODUÇÃO

O tema da Dissertação de Mestrado é sobre “Os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil, a luz da Revisão Integrativa”.

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas políticas de Saúde no Brasil, por meio dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2005).

Sendo os Conselhos Municipais de Saúde o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de Saúde e do exercício do Controle Social (SOUZA; SALIBA, 2003).

As diretrizes para criação, reformulação, assim como funcionamento dos Conselhos de Saúde foram definidos pela Resolução no 333/03, na qual consta que os mesmos devem atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em suas questões econômicas e financeiras (BRASIL, 2003).

O Conselho de Saúde, é de caráter permanente e deliberativo é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores profissionais de serviço da Saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde na instância correspondente, inclusive nas questões econômicas e financeiras, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2003).

Os Conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (SALIBA, *et al.*, 2009).

“Igualmente partindo dos aspectos legal, coloca que o sentido do Controle Social inscrito na Constituição de 1988, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. (BRAVO, 2002, p.45).

Considera os Conselhos de Saúde como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática (BRAVO, 2000, p. 41).

Esta Dissertação teve como objetivos: identificar, categorizar e apresentar os artigos científicos que descrevem os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil, a luz da Revisão Integrativa.

Pois diante de tantas perdas de direitos, precarização e o sucateamento do SUS, ressaltamos, a importância da participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, nos processos decisórios e na implantação de políticas públicas na Saúde Pública do Brasil que tragam prevenção e promoção da Saúde do trabalhador.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

1.1.1 Identificar os artigos que abordam os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.2.1 Categorizar os artigos científicos e autores que escrevem sobre os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

1.2.2 Apresentar os artigos científicos que tem os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde pública do Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico dessa Dissertação foi dividido em quatro partes, para proporcionar ao leitor uma visão geral do embasamento conceitual, que sustentou esta pesquisa. A primeira parte, é sobre a Saúde pública do Brasil, a segunda o Controle Social, e a terceira é os Conselhos de Saúde e a quarta os tipos de revisão da literatura.

2.1 A SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA: linha do tempo

Uma das mais citadas definições de Saúde Pública foi apresentada pelos americanos fundadores do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Yale, em 1920, diz que:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a Saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da Saúde (WINSLOW *apud* VISELTEAR, 1982, p. 146).

A Saúde Pública no Brasil passou por transformações ao longo do tempo, uma delas foi o reconhecimento constitucional do direito universal à Saúde e do dever do Estado em seu provimento. Naquele momento histórico, o país saía de um período de Ditadura e passava a se reorganizar como democracia, porém o movimento para essa mudança se inicia muito antes, com a organização de diversos movimentos sociais, questionando as estruturas sociais, o regime e as práticas políticas (ORTIZ; LEVITTE, 2017).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da Saúde (AROUCA, 2003) e, configurou-se como ação política consertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a Saúde como direito universal de cidadania.

Diante do exposto, baseado na Constituição Federal de 1988 (CF/88), Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade (CALLAHAN et al., 1973, p. 80).

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de Saúde, bem como os aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o Controle Social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de Saúde (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

A Saúde passou a ser, de maneira explícita, direito fundamental social, ficando estabelecido como de todos, indistintamente, constituindo-se em dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de Saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em sistema único (SUS) organizado de acordo com a diretriz do atendimento integral (BRASIL, 1988).

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Uma série de transformações, de controle de doenças, vigilância sanitárias e epidemiológicas.

No entanto, a assistência à Saúde não era reconhecida no ordenamento jurídico brasileiro até o ano de 1923, mas as crescentes necessidades da população em torno dos problemas inerentes à Saúde e as pressões exercidas por certos agrupamentos sociais levavam os governos a direcionar o olhar para a Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Diante deste cenário apresentamos a linha do tempo da Saúde Pública do Brasil, no período de 1923 a 2021 no quadro 1.

Quadro 1 – Brasil: linha do tempo da Saúde Pública de 1923 a 2021

(continua)

1923	A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal as iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde.
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) Os IAPs foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. 1965 Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolidou componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.
1977	O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei n.º 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica — basicamente à custa de compra de serviços médicos hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do sistema único, mesmo passados 30 anos desde sua criação.
1982	Implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) em 1982 foi implementado o, que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava a integração das instituições públicas da Saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de Saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, para racionalizar recursos, utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer nas AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

(continua)

1986	A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de Saúde e o princípio da Saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.
1987	Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nesse ano foram criados que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de Saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de Saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de Saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar no SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.
1988	Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a Saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).
1990	A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).
1991	Criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de Saúde e das secretarias municipais de Saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.
1992	Resolução CNS – 33 1992, aprova o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde".

(continua)

1993	<p>Neste ano foi publicada a NOB-SUS 93, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na Saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de Saúde (incipiente, parcial e simplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993). A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Com a grande extensão de programas de Saúde Pública e serviços assistenciais, deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, observável pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais. A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos Conselhos municipais de Saúde, ampliando as discussões das questões de Saúde na sociedade (LEVCOVITZ <i>et al.</i>, 2001).</p>
1996	<p>A edição da NOB 96 representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de atenção. Para isso, ela acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo (pagamento por produção de serviços, como o INAMPS usava para comprar serviços do setor privado) e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como Programa de Saúde da Família (PSF). As principais inovações da NOB 96 foram: a - A concepção ampliada de Saúde - Estas determinadas pela Constituição englobam promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc; b - O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada - consagrada na prática com as Comissões Intergestoras e Conselhos de Saúde; c - As transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de Saúde, regulamentados pela NOB-SUS 96), com base na população, e com base em valores per capita previamente fixados; d - Novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, no qual os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). Na gestão plena da atenção básica, os recursos são transferidos conforme os procedimentos correspondentes ao Piso da Atenção Básica- PAB. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). No caso dos municípios em gestão plena do sistema, a totalidade dos recursos é transferida automaticamente.</p>

(continua)

2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de Saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de Saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. Como veremos adiante, o Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa "De Volta para Casa" contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa "Brasil Sorridente" - Um conjunto de ações para melhorar as condições de Saúde bucal. Programa "Farmácia Popular do Brasil". Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde. Que é o instrumento norteador no planejamento das atividades e das programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), com vigência de quatro anos (§ 1º, Art. 36, Lei n.º 8.080/1990).
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz, é um remédio, usado no tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em adultos, adolescentes e crianças com idade superior a 3 anos, que impede a multiplicação do vírus HIV e diminui a debilidade do sistema imune.
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional da Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde.
2012	Sancionada a Lei Complementar 141/12, que traz em seu texto os percentuais mínimos a serem investidos pelas esferas de governo nas ações e serviços de Saúde. Deixa claro, em seu texto, quais são as ações e serviços de Saúde.
2015	Emenda Constitucional 86/15 - Altera o Art.º. 198 da Constituição Federal, deixando claro o valor mínimo a ser investido pelas esferas de governo. Deixa claro o valor mínimo de 15% para a União - recursos próprios. •2015- Publicação da Lei 13.097/15 - Altera o artigo 23 da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 - passando a ser permitida a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência à Saúde no Brasil. Inclui o art.º. 53A na citada LOS.

(conclusão)

2020	E a solidariedade global para interromper Covid 19- OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) — o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão aprimora a coordenação, a cooperação, a propagação do vírus.
2021	O SUS, durante a pandemia do novo coronavírus expandiu de uma hora para outra para dar a resposta assistencial que a população necessitava. E isso só foi possível por ser constituído e ter sua sustentabilidade em conceitos, princípios, práticas e protocolos consolidados, exercendo coordenação na organização da informação, vigilância sanitária e epidemiológica, e vacinação, bem como na distribuição da oferta de leitos de UTI, por meio das centrais reguladoras estaduais de urgência e emergência. Lei n.º 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 — Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de Saúde Pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. PORTARIA n.º 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020 — Dispõe sobre regulamentação e operacionalização do disposto na Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de Saúde Pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Fontes: BRASIL (2022) / Organização: QUEIROZ, OLIVEIRA, (2023).

O SUS mostrou a sua importância na assistência à população, na pandemia causada pela disseminação do novo coronavírus, conforme citação a seguir.

O CONASS ressalta a importância do SUS para o combate da pandemia:

Principal política pública de inclusão social e uma das mais poderosas ferramentas para a redução da desigualdade no País, o SUS mostrou, durante o enfrentamento da Covid19, a importância da existência de um sistema de Saúde público, gratuito e universal. A resposta à doença foi exemplar, com abertura de leitos, a organização de um guia para orientação de profissionais de Saúde e aprimoramento do sistema de vigilância. A relevância do sistema, extremamente exigido no período da pandemia, será ainda maior quando a curva de casos e de mortes começar a reduzir (CONASS, 2022).

Outro ponto que precisa ser destacado no cenário das políticas de Saúde, são as importantes questões de promoção à Saúde, partindo do conceito ampliado de Saúde: “como um conjunto de estratégias e formas de produzir Saúde, no âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2014).

As ações intersetoriais, colocando na agenda a sustentabilidade, fortalecendo a participação social e o comprometimento da equidade são estratégias que no enfrentamento da pandemia, empoderou a participação social na implementação das medidas de Saúde Pública, que pode ser feito através da disseminação de informação válida e adequada, culturalmente apropriada, abordando todos os aspectos de interface com a covid-19, não só em termos de proteção individual, mas principalmente no aumento da resistência coletiva, de articulação entre as equipes do SUS e a população organizada.

As ações e serviços públicos de Saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde, são desenvolvidos segundo as diretrizes previstas no art.º 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), obedecendo ainda

aos seguintes princípios do SUS:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de Saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à Saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua Saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de Saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de Saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de Saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à Saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins.

O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade da assistência; equidade; descentralização político-administrativa; participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003).

2.2 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

Podemos definir o Controle Social como sendo a participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização de Políticas Públicas (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013; BRAVO; OLIVEIRA, 2002).

No campo da Saúde, o Controle Social deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Essa noção deve indicar uma nova mobilidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o Controle Social é ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal democrata (GERSCHMAN, 2004).

Sendo o Controle Social uma importante ferramenta de democratização das organizações, busca-se adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão (GUIZARDI *et al.* 2004).

Dentre as inovações da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), destaca-se a ousada proposta de Controle Social. Durante o período ditatorial, o Controle Social significava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, cerceando qualquer expressão popular, passando, a partir do processo de RSB, a significar o controle da sociedade sobre a ação do Estado (COTTA *et al.* 2006, p. 1-8).

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da Saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro.

As lutas da Saúde articuladas à redemocratização do país foi o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como marca Democracia é Saúde e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das Conferências de Saúde. A participação em Saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor Saúde” (MACHADO, 1986, p. 299).

A participação popular na gestão da Saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do

sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2006; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; OLIVEIRA, 2000, p. 131- 144).

No que diz respeito às políticas públicas de Saúde, a Lei Complementar 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é um marco neste processo e “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde” (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de Saúde, através da garantia da participação no planejamento, do enfrentamento dos problemas priorizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 2006).

A participação popular e o Controle Social em Saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de Saúde. No Brasil, o Controle Social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES *et al.*, 2007, p. 470-478).

No Brasil, após a institucionalização dos mecanismos de Controle Social sobre as políticas públicas e os recursos a elas destinados, tem-se como desafio que esses não se tornem mecanismos de formação de “consentimento ativo” das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante. O Controle Social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização (CORREIA, 2005).

Outra questão importante de ser salientada é a necessidade da transformação da população, sendo imprescindíveis a criação e a cristalização de uma identidade entre os cidadãos, para que estes se reconheçam como pertencentes à sociedade, passando a se preocupar mais com as questões públicas e não apenas com questões individuais (CORTINA, 1999), de modo que se identifiquem como cidadãos e se sintam motivados a trabalhar em prol da melhoria das condições de vida de toda a população (FREIRE, 2005).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do Controle Social sob as práticas de Saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício por meio de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de Saúde de nº 8.142/90, os Conselhos e as Conferências de Saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da

sociedade, de usuários e de trabalhadores (CONASS, *et al.* 2003, p. 248).

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, para articular as políticas públicas relevantes para a Saúde. Entretanto, é a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do Controle Social (BRASIL, 2009).

O Controle Social é uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na Saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da Saúde das comunidades. Assim, as condições necessárias para que se promova a democratização da gestão pública em Saúde se debruça com a discussão em torno do Controle Social em Saúde.

Segundo CUNHA (2003), o Controle Social conquistado pela sociedade civil deve ser entendido como instrumento e expressão da democracia. Busca-se, portanto, com a democratização, eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam a maior transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório.

Portanto, o Controle Social é realizado mediante a constante participação dos trabalhadores e usuários do SUS, na implementação, elaboração e fiscalização de Políticas Públicas

2.3 CONSELHOS DE SAÚDE: NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde em cada esfera de Governo, integrante da estrutura Organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n.º 8.142/90 [...] instituídos de participação da comunidade nas Políticas Públicas (RESOLUÇÃO 453, 2012, p. 01).

Parafraseando RAICHELIS (2006, p.11), “os Conselhos, nos moldes definidos pela Constituição Federal de 1988, são espaços públicos com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, de seus conteúdos e recursos orçamentários, de segmentos sociais a serem atendidos e na avaliação dos resultados. A composição plural e heterogênea, com representação da sociedade civil do governo em diferentes formatos,

caracteriza os Conselhos como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultados políticos”.

Os Conselhos são estratégias institucionais que objetivam a participação social e abrem as portas do SUS à sociedade civil organizada e tem por objetivo criar uma nova cultura política participativa tendo como princípios fundamentais a equidade, integralidade e a universalidade dos serviços públicos de Saúde prestados à população brasileira (SOUZA, 2012, p.13).

A visibilidade dos Conselhos é um ponto crucial para o exercício do Controle Social, caracterizando-se pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a população (COTTA, 2010).

OS Conselhos Municipais de Saúde são espaços de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de Saúde e do exercício do Controle Social (SOUZA E SALIBA, 2003).

Sendo importante ressaltar que os Conselhos devem ser informados pelo Gestor Municipal sobre tudo o que está sendo feito e o que pode ser feita no setor, assim como esclarecer à população, receber as queixas e reclamações, negociar com os outros Conselhos e secretarias ações que melhorem a qualidade de vida do trabalhador, examinar e investigar fatos denunciados no plenário, relacionados às ações e serviços concernentes a sua atuação.

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, 2003). Conforme a Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos relacionados à composição e atribuições dos Conselhos, concedem a esses fóruns um arranjo participativo bastante avançado no que diz respeito ao poder de influência da sociedade civil sobre as políticas de Saúde. No que tange à composição, estabelece que os Conselhos devem ser formados por quatro grupos de participantes: usuários, trabalhadores em Saúde, prestadores de serviços públicos e privados e gestores governamentais em Saúde.

Segundo o qual a representação dos usuários deve equivaler a 50% dos membros. A representação dos trabalhadores em Saúde equivale a 25%, sendo os outros 25% distribuídos entre gestores e prestadores de serviços. Essa arquitetura organizacional constitui-se num importante fator de fortalecimento da democracia, pois insere no cenário sanitário atores pertencentes a segmentos sociais de diversos matizes ideológicas e políticas (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Na figura 1, os Conselhos de Saúde, possuem uma composição paritária, que são meios

de exercício da gestão participativa, que não substituem, mas integram os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Figura 1 - Brasil: composição paritária dos Conselhos de Saúde 2016.



Fonte: Conselho Nacional de Saúde (2016).

Os Conselhos de Saúde, têm na sua composição, e no conjunto de suas funções, fiscalizar, monitorar e acompanhar, o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até a "ponta" do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população.

Apesar dos Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do poder executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde.

Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da gestão, que são: planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção, gerência, operacionalização, execução, controle e avaliação, para poder exercer as suas atribuições conforme as suas competências, citadas no quadro 2.

Quadro 2 – Brasil: competências do Conselho Nacional de Saúde 2006.

I - Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
II - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
III - Elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;
IV - Aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;
V - Propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
VI - Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da Saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;
VII - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de Saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;
VIII - Articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de Saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais;

Fonte: BRASIL (2006) / Organização: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

A estrutura de funcionamento dos Conselhos municipais de Saúde seguem, de modo geral, um padrão comum caracterizado pela presença de um plenário local onde os membros do Conselho se encontram, debatem o conteúdo da política e por vezes deliberam, uma mesa diretora formada por um presidente, um vice-presidente, 1º e 2º secretário, uma secretaria executiva encarregada de auxiliar a mesa diretora e de comissões/câmaras técnicas, cuja função é auxiliar e assessorar o plenário em relação a temas específicos relativos às políticas públicas a que eles estão vinculados (FARIA, 2007).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2018), há uma estrutura que nos permite uma visualização e entendimento do seu funcionamento, conforme a figura 2.

Figura 2 – Brasil: estrutura dos Conselhos de Saúde 2018.



Fonte: Conselho Nacional de Saúde (2018).

Os Conselhos de Saúde possuem uma estrutura organizacional e os seus conceitos, normas e documentos que estão dispostos no quadro 3.

Quadro 3 – Brasil: conceitos da estrutura dos Conselhos de Saúde 2018.

(continua)

Plenário
O Plenário do CS é o fórum de deliberação plena e conclusiva formado pelos representantes de usuários, governo e prestadores da área da Saúde e profissionais de Saúde. As reuniões ocorrem de forma ordinária doze vezes por ano, uma vez por mês, ou por convocação extraordinária requerida pela presidência do CNS, ou por deliberação do Plenário. Ao todo, 48 conselheiros e conselheiras compõem o Plenário.
Presidência/ vice-presidência
A Presidência do CS é definida por meio de votação secreta, entre os conselheiros titulares, em eleição que precede a escolha dos demais membros da Mesa Diretora. Seu mandato é de três anos, permitidas reeleições desde que observado o prazo de três anos, fixado no Art. 7º do Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Entre as principais atribuições da Presidência, estão a coordenação da Mesa Diretora, a representação do Conselho em suas relações internas e externas, o estabelecimento da interlocução com órgãos do Ministério da Saúde e demais órgãos do governo e com instituições públicas ou entidades privadas para o cumprimento das deliberações e expedição dos atos decorrentes de deliberações do CS, entre outras.
Mesa Diretora
A Mesa Diretora do CS, eleita pelo Plenário, é composta por oito conselheiros titulares, incluído a presidência do CNS, para mandato de três anos, permitidas reeleições, desde que observado o prazo de três anos, fixado no Art. 7º do Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Cabe à Mesa Diretora, a responsabilidade por toda a condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Plenário. Outra competência da Mesa do CNS é promover articulações políticas com órgãos e instituições, internos e externos, para garantir a intersetorialidade do Controle Social na Saúde e a articulação com outros Conselhos de políticas públicas.
Comissões
As Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do Controle Social. Atualmente, o Conselho possui 19 comissões que buscam fornecer subsídios de discussão ao Plenário para a deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de Saúde. As Comissões são compostas por até 36 membros, entre titulares e suplentes. Poderão compor a Comissão: Conselheiros Nacionais e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, outros Ministérios, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e de entidades e movimentos nacionais, consoante as necessidades e especificidades. Para as funções de coordenador e coordenador adjunto somente poderão ser indicados(as) conselheiros(as) nacionais, titulares ou suplentes.
Câmaras Técnicas
Em 2017, a Resolução n.º 548 do CNS instituiu a possibilidade de criação de Câmaras Técnicas que dão suporte ao CNS sobre temas específicos. As Câmaras Técnicas são temporárias, com caráter excepcional. Podem ser compostas por representantes da sociedade civil selecionados via chamada pública ou por indicação, além de membros do Conselho de Saúde.
Grupos de Trabalho
Os Grupos de Trabalho (GT) são organismos instituídos pelo Plenário para assessoria temporário ao CNS ou às Comissões, com objetivos definidos e prazo para o seu funcionamento fixado em até seis meses. Cabe ao GT fornecer subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica. Sua composição pode ser de até cinco conselheiros(as), incluindo a coordenação, garantindo, preferencialmente, a representação de todos os segmentos do CS.

(conclusão)

Secretaria-Executiva
A Secretaria-Executiva do CS é um órgão vinculado ao Departamento de Gestão Inter federativa e Participativa (DGIP) para fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do CS. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do CS, às suas Comissões e Grupos de Trabalho. Também está entre as atribuições da Secretaria-Executiva o encaminhamento das demandas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde após deliberação do Plenário, acompanhar, assessorar e participar da execução e do mapeamento do recolhimento de dados e análises estratégicas formuladas pelos órgãos conveniados, organizar o processo eleitoral do CS e participar da organização de conferências e outros eventos do CNS.
Regimento Interno
Conjunto de normas administrativas definidas pelo Conselho visando orientar o seu funcionamento.
Ata
Documento de registro obrigatório, com valor legal, após lavrada e aprovada pela plenária, deve ser assinada pelo presidente

Fonte: BRASIL (2018).

Também de grande importância para a Saúde Pública no Brasil e embora tenham sido estabelecidas a partir de 1990 como mecanismos integrantes da estrutura organizativa do SUS, as Conferências de Saúde têm uma longa história no Brasil e o seu surgimento antecede em muito a criação do atual sistema de Saúde. A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941 e até à presente data já foram realizadas no país 16 conferências, (BRASIL, 2022).

Os objetivos das conferências consistem em avaliar a situação de Saúde e propor diretrizes para formulação da política de Saúde. Desta forma, as Conferências de Saúde devem servir como ferramenta de planejamento do SUS e balizar o processo de tomada de decisão em todas as esferas de governo.

A análise da evolução histórica das políticas públicas de Saúde no Brasil nos revela que, desde a década de 1990, intensificaram-se os processos de descentralização político-administrativa e de municipalização das políticas públicas, o que gerou transformações e fortaleceu as instituições democráticas no país. Foi nesse contexto que os Conselhos e as Conferências de Saúde surgiram como importantes espaços políticos criados com o intuito de que a participação social assumisse um lugar estratégico na definição e execução das políticas de Saúde (CORREA.2000; BRAVO.2001).

A Lei n.º 8142/1990 estabeleceu critérios e fundamentos para a realização das conferências na era SUS. Segundo ela, estas devem ocorrer a cada quatro anos em todas as esferas de governo. A forma organizativa adotada é a convocação da Conferência Nacional pelo Ministério da Saúde ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Como etapas que antecedem

a Conferência Nacional são realizadas as Conferências Estaduais e as Conferências Municipais.

No quadro 4, temos as Conferências Nacionais de Saúde, por ano de realização e pela temática.

Quadro 4 – Brasil: Conferências Nacionais de Saúde, desde 1941 a 2019.

Conferência	Ano	Temática
1. ^a CNS	1941	Organização sanitária estadual e municipal, ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento, plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, infância e adolescência.
2. ^a CNS	1950	Legislação referente à higiene e à segurança no trabalho.
3. ^a CNS	1963	Situação sanitária da população brasileira, distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual, municipal, municipalização dos serviços de Saúde e a fixação de um plano nacional de Saúde.
4. ^a CNS	1967	Recursos humanos para as atividades em Saúde.
5. ^a CNS	1975	Implementação do Sistema Nacional de Saúde, Programa de Saúde Materno-Infantil, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle das Grandes Endemias, Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6. ^a CNS	1977	Situação atual do controle das grandes endemias, operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de Saúde, Interiorização dos serviços de Saúde, Política Nacional de Saúde.
7. ^a CNS	1980	Extensão das ações de Saúde por meio dos serviços básicos.
8. ^a CNS	1986	Saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.
9. ^a CNS	1992	Municipalização é o caminho.
10. ^a CNS	1996	Saúde, cidadania, políticas públicas, gestão e organização dos serviços de Saúde. Controle social na Saúde, financiamento da Saúde, recursos humanos para a Saúde, e atenção integral à Saúde.
11. ^a CNS	2000	Efetivando o SUS — Acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde com Controle Social.
12. ^a CNS	2003	Saúde – Direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.
13. ^a CNS	2007	Saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento.
14. ^a CNS	2011	Todos usam o SUS na seguridade social — Política pública, patrimônio do povo brasileiro.
15. ^a CNS	2015	Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.
16. ^a CNS	2019	Tema “Democracia e Saúde”, saúde como direito, consolidação dos princípios do SUS; e financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Fonte: BRASIL (2022) / Organização: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

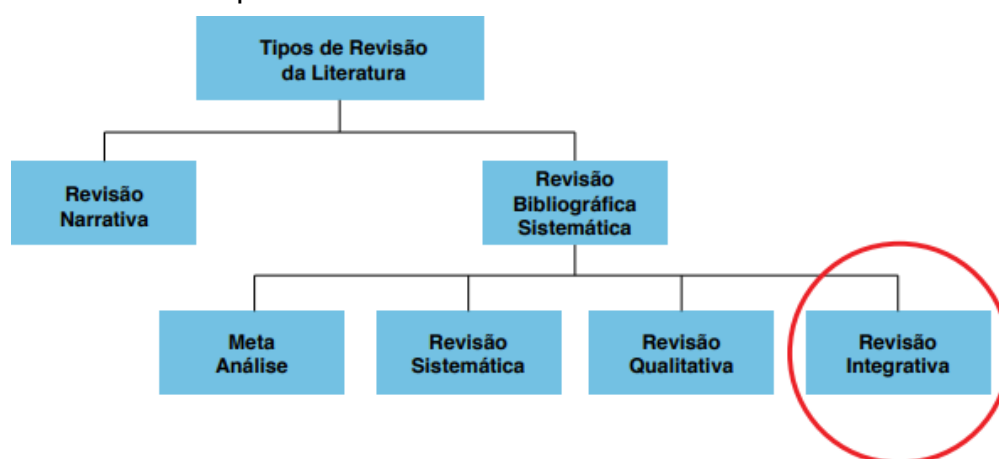
Nesta direção os Conselhos de Saúde se tornaram fóruns democráticos de inclusão e gestão social. A população, sob a perspectiva da participação popular, adquire a condição de sujeito da política de Saúde a medida que se torna o agente ativo da sua produção (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013, p.141).

As Conferências de Saúde e os Conselhos, são instrumentos legais para que a sociedade participe nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) dos processos decisórios e deliberativos na área da Saúde. Tanto os Conselhos quanto as Conferências são condições essenciais e obrigatórias para o funcionamento do SUS. Vale ressaltar, inclusive, que o município pode sofrer penalizações com o bloqueio de repasse de verbas por parte do Governo Federal nos quais o Conselho de Saúde não exista ou atue irregularmente.

2.4 TIPOS DE REVISÃO DA LITERATURA

Faremos um recorte para explicar sobre os diferentes tipos de revisões da literatura, embora, não seja objeto de estudo da nossa Dissertação, mas para efeito didático, na figura 3.

Figura 3 – Brasil: Tipos de revisão de literatura.



Fonte: WHITEMORE; KNAFL, (2005), adaptado por BOTELHO; CUNHA; MACEDO, (2011).

A revisão narrativa: é considerada a revisão tradicional ou exploratória, onde não há a definição de critérios explícitos e a seleção dos artigos é feita de forma arbitrária, não seguindo uma sistemática, na qual o autor pode incluir documentos de acordo como seu viés, sendo assim, não há preocupação em esgotar as fontes de informação (CORDEIRO et al. 2007). A maneira com que se coleta os documentos é comumente denominada de busca exploratória, podendo ser utilizada para complementar buscas sistemáticas.

A revisão bibliográfica sistemática, ao contrário da revisão narrativa, é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar dados desses estudos incluídos na revisão (CASTRO, 2006). Os trabalhos de revisão bibliográfica sistemática são considerados como originais, pois, além de utilizarem como fonte dados da literatura sobre determinado tema, são elaborados com rigor metodológico (ROTHER, 2007).

Meta-análise: a meta-análise combina os resultados de vários estudos primários, empregando fórmulas estatísticas e melhorando, dessa forma, a objetividade e validade dos resultados da pesquisa (GLASS, 1976).

O delineamento e as hipóteses da meta-análise devem ser similares, se não idênticos, de modo a facilitar o processo de condução da pesquisa. Na meta-análise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido num banco de dados quantitativo. Posteriormente, os dados encontrados são transformados em uma medida comum, que servirá de subsídio para a formulação de um cálculo que proporcionará a dimensão geral do efeito ou da intervenção mensurada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Revisão Sistemática: revisão sistemática é a aplicação de estratégias científicas que permitem limitar o viés de seleção de artigos, avaliá-los com espírito crítico e sintetizar todos os estudos relevantes em um tópico específico (PERISSÉ; GOMES; NOGUEIRA, 2001).

(WHITTEMORE; KNAFL, 2005) argumentam que o processo de revisão sistemática combina a evidência de múltiplos estudos, podendo incorporar resultados de uma pesquisa de metanálise como, por exemplo, os dados estatísticos.

Para Galvão, Sawada e Trevisan (2004), a revisão sistemática com base em sua síntese rigorosa busca evitar e superar possíveis vieses que o pesquisador possa ter no momento da análise da literatura sobre um tema.

Revisão qualitativa: essa forma de revisão, segundo (WHITTEMORE; KNAFL, 2005), tem sido muito utilizada em pesquisas nas últimas décadas. Metassínteses, meta estudos, grounded theory e a meta etnografia são métodos que sintetizam os achados de estudos qualitativos individuais, transformando-os em ferramentas para a construção de novas teorias. A revisão qualitativa sintetiza exclusivamente os estudos primários qualitativos, podendo diferir em abordagens e níveis de interpretação. (WHITTEMORE 2005) lembra que sintetizar as evidências sobre os múltiplos aspectos que incorporam a revisão qualitativa é um procedimento complexo, embora saliente que a metodologia possui um grande potencial para a criação de novos estudos.

Revisão Integrativa: objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A Revisão Integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As vantagens e benefícios da Revisão Integrativa são, o reconhecimento dos profissionais que mais investigam determinados assuntos e a descrição do conhecimento especializado no seu estado atual, proporcionando aos pesquisadores dados relevantes, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados (MENDES, 2008).

Dentre os tipos de revisão da literatura, a Revisão Integrativa (RI), foi a escolhida como método de pesquisa da Dissertação de Mestrado, por se tratar de um método eficaz e seguro, com abordagem acerca dos Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil. A Dissertação tem uma abordagem qualitativa e quantitativa, pois os artigos encontrados, não são apenas quantificados, mas identificados, categorizados e apresentados, desenvolvendo uma análise do conhecimento científico.

3 METODOLOGIA

A Revisão Integrativa busca superar possíveis vieses em todas as etapas ao seguir um método rigoroso de busca, seleção e avaliação da relevância e validade do material encontrado. É assim denominada por fornecer informações abrangentes sobre um evento particular interconectando elementos isolados de estudos já existentes. Inclui pesquisas qualitativas e quantitativas, permitindo realizar uma síntese de investigações realizadas e obter conclusões sobre um tema de interesse (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Enfatizam que o método da Revisão Integrativa pode ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da Saúde e da educação”, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador se aproxime da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.133).

Pode-se entender a Revisão Integrativa como um recurso metodológico que possibilita a sistematização do conhecimento científico, seja ele desenvolvido teórica ou empiricamente e a visualização de novas perspectivas para novas pesquisas. A partir de uma visão interpretativa das evidências, este tipo de revisão permite incluir estudos que adotam diferentes metodologias tanto com abordagens qualitativas quanto quantitativas (BOTELHO et al. 2011).

A pesquisa foi realizada, com coleta de dados a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. Nas últimas décadas, a expansão do universo da informação científica [...], assim como um acesso mais fácil e rápido à informação, vem favorecendo o uso de Revisões metodológicas (sistemática, meta-análise e integrativa). O amplo desenvolvimento de bases de dados eletrônicas tem sido determinante neste processo (MUÑOZ et al., 2002).

Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do assunto investigado. Desde 1980 a Revisão Integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998).

A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. A compilação de informações em meios eletrônicos é um avanço para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualização frequente (BREVIDELLI; DOMENICO, 2008).

Para (WHITTEMORE; KNAFL 2005) o “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse

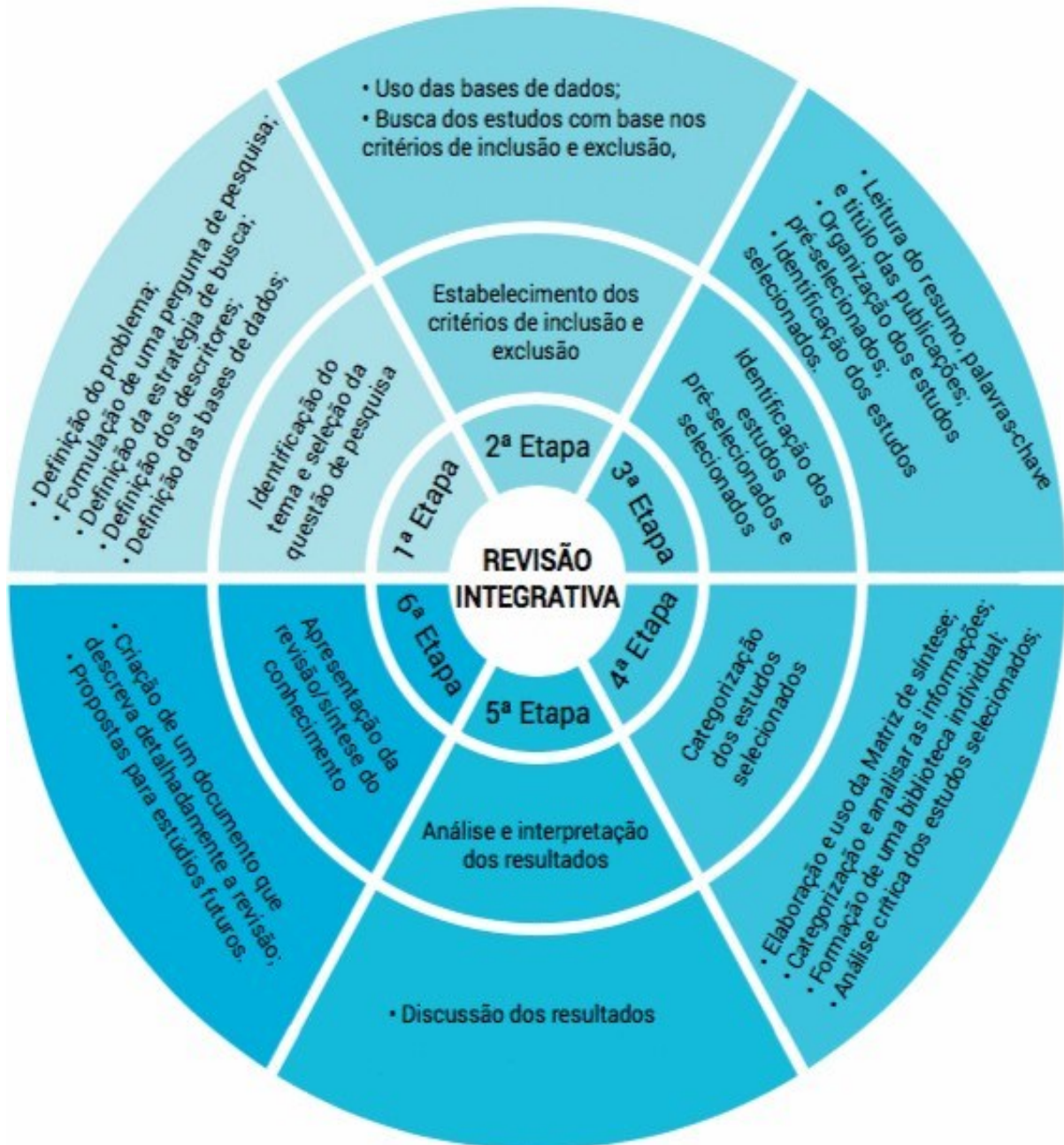
que “evidencia o potencial para se construir a ciência”.

Segundo esses autores, a RI deve ser escolhido quando se quer realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” e/ou quando se pretende obter “informações que possibilitem aos leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão” (BOTELHO, CUNHA; MACEDO, 2011, p.133).

Relacionadas a uma questão específica. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (GALVÃO, SAWADA; TREVIZAN, 2004, p. 549-56).

A pesquisa foi delineada por meio das seis etapas do processo de elaboração da Revisão Integrativa, conforme a figura 4.

Figura 4 – Brasil: etapas da Revisão Integrativa.



Fonte: BOTELHO; CUNHA; MACEDO, (2011, p.129).

3.1 PRIMEIRA ETAPA

3.1.1 Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa.

O tema da Dissertação é os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil, à luz da revisão integrativa.

A problemática da pesquisa foi: tem se publicado artigos científicos sobre os Conselhos de Saúde como forma de controle, na Saúde Pública do Brasil?

A questão de pesquisa, é aquela que determina todo o caminho a ser percorrido durante a pesquisa, a pergunta norteadora: quais e quantos são os artigos científicos que tem como tema, os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil?

Na estratégia de busca foi utilizada a associação dos descritores: saúde Pública do Brasil, Controle Social e Conselho de Saúde, usando o booleano OR (Operador Booleano que significa OU). Ele informa ao sistema de busca, como combinar os termos da pesquisa. Sendo que OU deve sempre ser digitado em letras maiúsculas para diferenciá-lo dos termos pesquisados. O operador booleano OR (ou), agrupa os termos de pesquisa em um único conjunto de modo que pelo menos um deles, apareça no resultado, é usado para expandir a busca. Usamos as aspas nos “termos compostos” na associação, para recuperarmos os registros que contenham as palavras juntas, ou separadas, ampliando o resultado da pesquisa.

FERNEDA (2003, p. 27) observou que o modelo de busca booleana pode ser considerado o modelo hoje mais utilizado, não só nos sistemas de recuperação de informação e nos mecanismos de busca da internet, mas também nos sistemas de bancos de dados, onde a busca é expressa através do gerenciamento de dados. Em geral, encontra-se presente, seja como a principal maneira de formular as expressões de busca, seja como recurso alternativo. Isto, porque este modelo oferece, para usuários experientes, um certo controle sobre o sistema. No caso em que o conjunto de documentos recuperados pelo sistema for muito grande ou muito pequeno, o usuário do sistema saberá quais os operadores a serem aplicados na busca até atingir um resultado satisfatório.

Para identificar publicações em forma de artigos, na área pretendida, foi realizada uma busca na base de dados eletrônico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e os descritores utilizados na busca dos artigos foram: Saúde Pública do Brasil, Controle Social e Conselhos de Saúde, estes foram pesquisados nos Descritores em

Ciência da Saúde (DECS).

Para a busca das publicações, foi utilizado o portal da CAPES que foi oficialmente lançado em 11 de novembro de 2000. Ele é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica nacional e internacional. O portal conta com um acervo de mais de 49 mil títulos com texto completo, 455 bases dados referenciais, 12 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo áudio visual tendo em vista os interesses da comunidade acadêmica brasileira, possibilita a democratização do acesso online à informação científica internacional de alto nível (CAPES, 2000).

3.2 SEGUNDA ETAPA

3.2.1 Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos, para a orientação da busca e seleção dos estudos.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram:

- Publicações em forma de artigo.
- Artigos publicados em português.
- Artigos com temas referentes a Saúde Pública do Brasil.
- Artigos publicados entre 2014 a 2018.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram:

- Publicações que não apresentam em forma de artigo.
- Artigos que não são publicados em português.
- Artigos que não se refere a Saúde Pública do Brasil.
- Artigos publicados fora do período de 2014 a 2018.

3.3 TERCEIRA ETAPA:

3.3.1 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.

Nesta etapa os estudos foram Identificados e pré-selecionados e selecionados, realizando leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave para identificar os artigos que continham a temática dos descritores: Saúde Pública, Controle Social e Conselhos de Saúde.

E após, foi realizada a leitura na íntegra para identificar publicações que abordam os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil., de modo que se verificasse a adequação aos critérios de inclusão determinados pela presente pesquisa.

Para se obter um controle das referências bibliográficas, realizou-se o download dos estudos pré-selecionados na íntegra, salvando-os em um arquivo pessoal da pesquisadora, facilitando o acesso aos dados sempre que necessário.

3.4 QUARTA ETAPA:

3.4.1 Categorização dos estudos selecionados.

Esta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil (BROOME, 2006).

Mostramos, os dados qualitativos da pesquisa, selecionados, após aplicarmos os critérios de inclusão e exclusão, e um instrumento de coleta de dados, contendo: título do artigo, nome dos autores, fonte e ano de publicação, conforme o quadro 5.

Quadro 5 - Brasil: os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão, no período de 2014 a 2018.

Número	Título	Autores	Revista	Ano de Publicação
1	Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de Saúde do Brasil	Júnior, José Patrício Bispo	Revista Crítica de Ciências Sociais	01 December 2018, pp.99-122
2	Conselhos locais de Saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social	Lisboa, Edgar Andrade; Sodré, Francis; Araújo, Maristela Dalbello; Quintanilha, Bruna Ceruti; Luiz, Sara Gonçalves	Trabalho, Educação e Saúde	August 2016, V 679-698
3	Representações sociais de conselheiros de Saúde acerca do direito à Saúde e da cidadania	Moura, Luciana Melo de; Shimizu, Helena Eri	Revista Gaúcha de Enfermagem	01 March 2017, V.37(spe)
4	Orçamento participativo e a democratização da gestão Pública municipal experiência de Vitória da Conquista (BA)	Novaes, Flávio Santos; Dos Santos, Maria Elisa; Bete Pereira	Revista de Administração Pública-RAP	01 March 2017, V.37(spe)
5	Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a Ampliação da democracia por meio dos Conselhos de Saúde	Bispo Júnior, José Patrício; Gerschman, Sílvia	Ciência & Saúde Coletiva,	01 January 2015, V.18(1), pp.7- 16
6	Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde	Durán, Paulo Renato Flores; Gerschma, Silvia	Saúde e Sociedade,	01 September 2014, V.23(3), pp.884-896

Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

3.5 QUINTA ETAPA:

3.5.1 Análise e interpretação dos resultados.

Esta etapa apresenta a análise e interpretação dos dados relacionados diretamente aos artigos investigados, conforme o objetivo da pesquisa.

Para facilitar a compreensão dos resultados, eles foram expostos em tabelas, figuras e gráficos.

Aplicamos o critério de inclusão a partir dos descritores, Saúde Pública do Brasil, Controle Social e Conselhos de Saúde, 457 publicações foram encontradas, destas 416

apresentaram em forma de artigos, sendo que 270 artigos publicados na língua portuguesa, com relação ao Período de publicação entre 2014 a 2018, obtivemos 45 artigos.

Após a leitura dos títulos, resumos e introdução, incluímos os artigos que continham a temática dos descritores associados, restaram 13 artigos. Realizando a leitura dos 13 artigos na íntegra, para análise dos estudos foram selecionados 6 artigos que abordam os Conselhos de Saúde como forma de controle na Saúde Pública do Brasil.

A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão, previamente estabelecidos. Desta forma, pode-se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

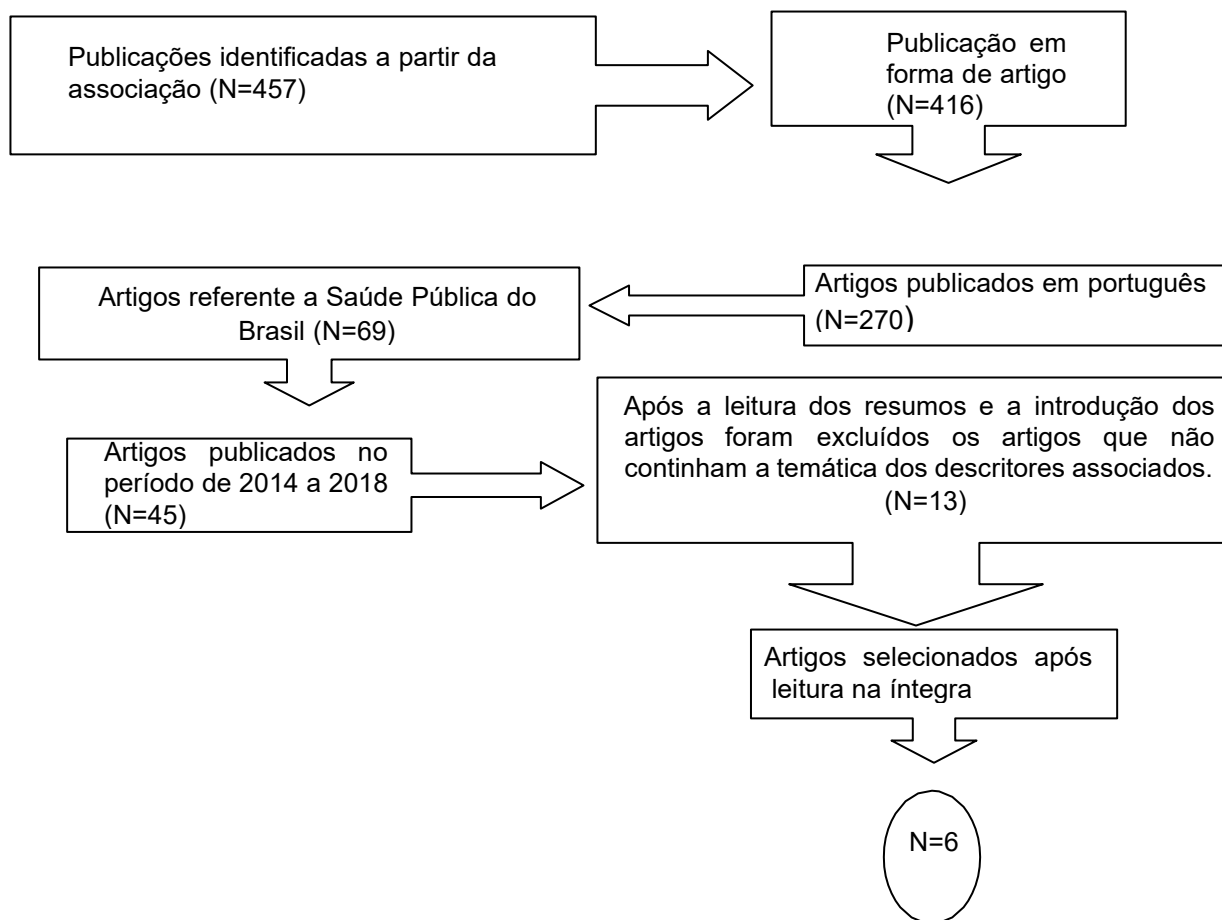
A análise foi a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparando os dados evidenciados nos artigos. Além de identificar possíveis lacunas da temática proposta na pesquisa, é possível delimitar prioridades para estudos futuros (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 102-106).

Embora se tem uma pesquisa qualitativa na Dissertação, o que se predomina é o aspecto quantitativo na análise dos dados.

Os resultados sintetizados das publicações incluídas nesta Revisão Integrativa, foram interpretados com base na sumarização obtida, após conferência dos dados e os mesmos estarem conforme os critérios de inclusão e exclusão.

A figura 5 apresentou os resultados após a aplicação do critério de inclusão para a associação “Saúde Pública do Brasil” OR “Controle Social” OR “Conselhos de Saúde”.

Figura 5 – Brasil: associação dos descritores e critérios de inclusão.



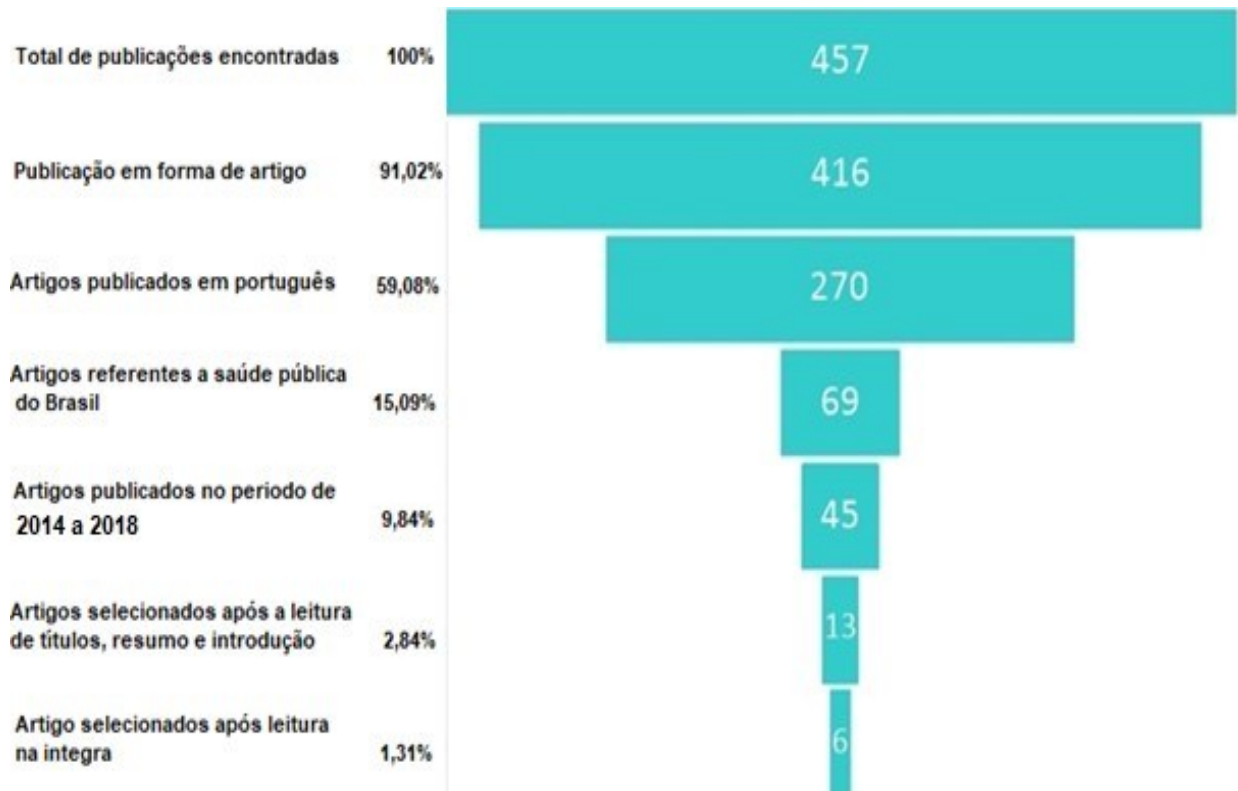
Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

Os gráficos 1 representa o valor percentual e absoluto das publicações encontradas após aplicarmos os critérios de inclusão, representando à quantidade de artigos incluídos na pesquisa.

Observamos que de 100% das publicações encontrados após a associações dos descritores, 91,02% apresentarem em forma de artigos, porém somente 1,31% destes, tem os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil como tema.

Portanto, o resultado deste estudo, demonstrou que do total de 457 publicações encontrados, 416 apresentaram em forma de artigos, mas somente 6 artigos, discutem os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

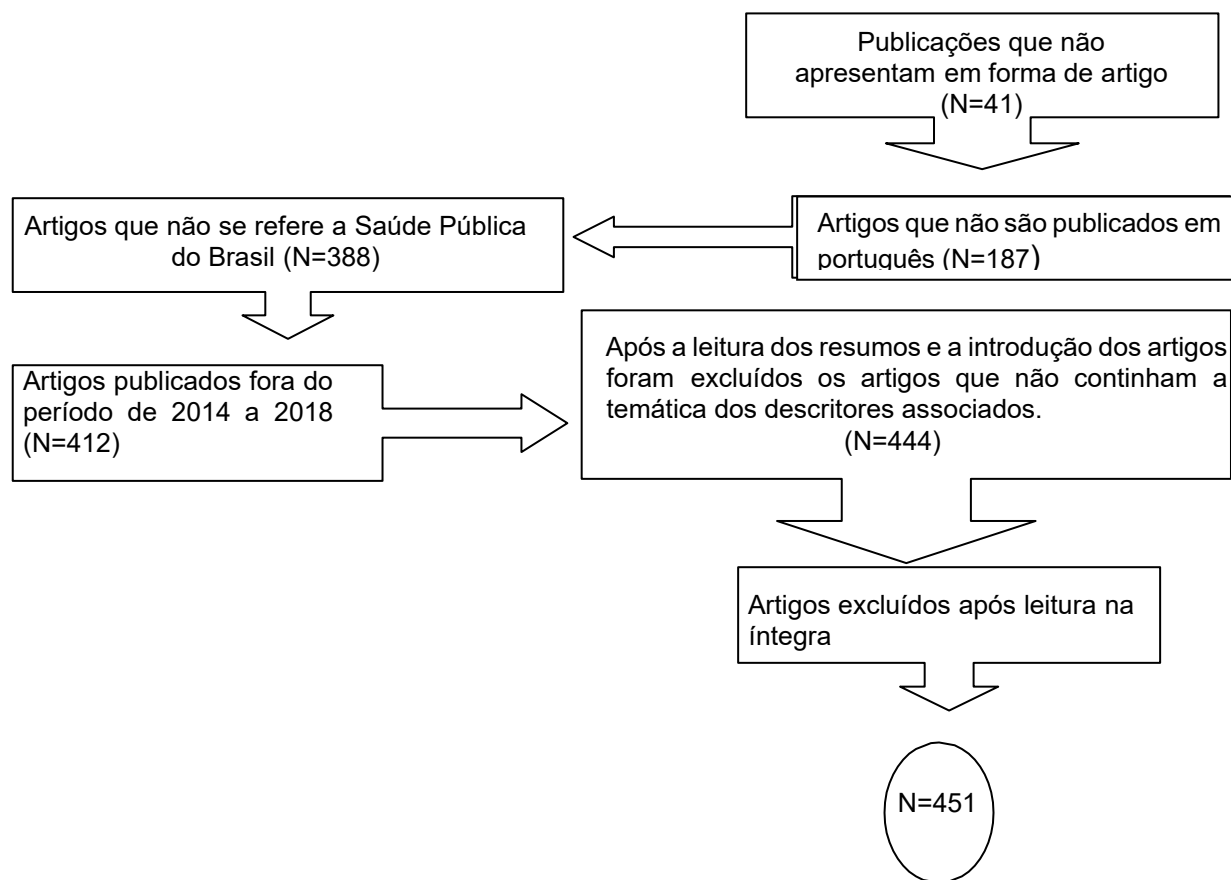
Gráfico 1 – Publicações incluídas no período de 2014 a 2018.



Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

A figura 6, apresentou os resultados após a aplicação do critério de exclusão para a associação “Saúde Pública do Brasil” OR “Controle Social” OR “Conselhos de Saúde”.

Figura 6 - Brasil: associação dos descritores e critérios de exclusão.

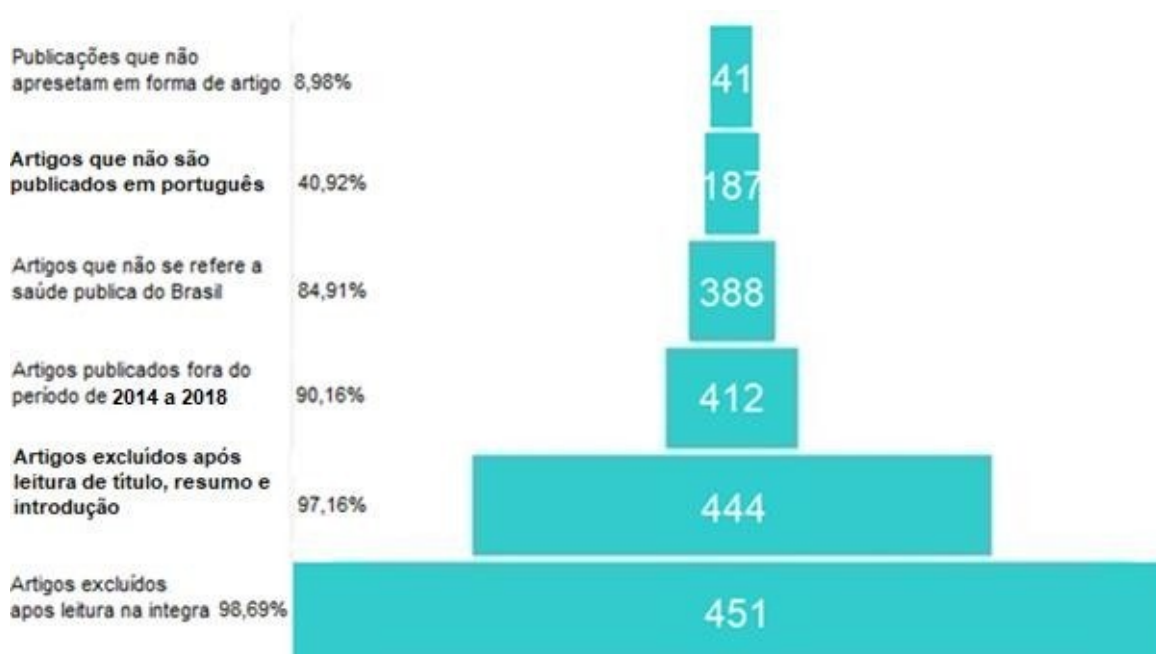


Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

Os gráficos 2 representa o valor percentual e absoluto das publicações encontradas após aplicarmos os critérios de exclusão, representando à quantidade de artigos excluídos na pesquisa. Obtivemos após a associação dos descritores, apenas 41 publicações que não apresentaram em forma de artigos, 187 não eram publicados em português, 388 artigos não referem a Saúde Pública do Brasil, destes artigos 412 foram publicados fora do período de 2014 a 2018. Após a leitura dos títulos, resumos e introduções, 444 artigos, não possuem a temática dos descritores: Saúde Pública do Brasil, Controle social e Conselhos de Saúde. E após a leitura na íntegra foram excluídos 451 artigos, por não conter a temática proposta pela pesquisa.

Observamos que 98;69%, que representa 451 artigos, foram excluídos por não ter como tema, os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

Gráfico 2 – Publicações excluídas no período de 2014 a 2018

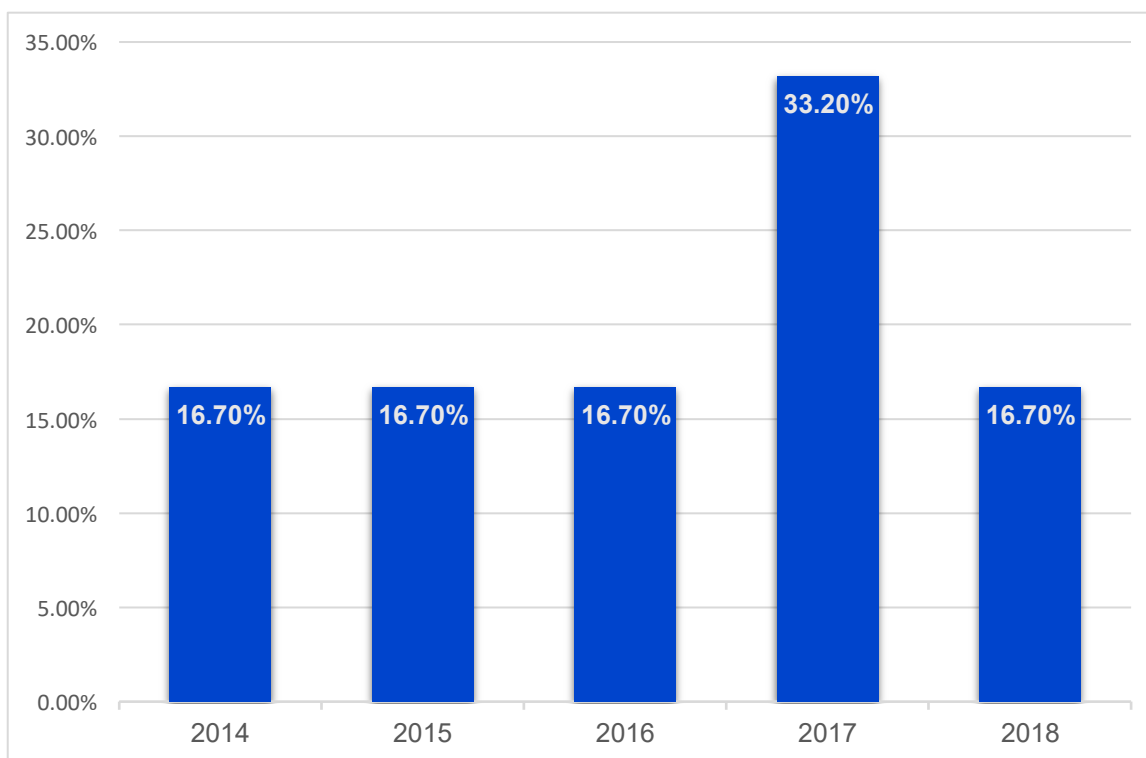


Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

No gráfico 3, temos os anos de publicação dos seis artigos selecionados. E o resultado obtido nos anos de 2014, 2015, e 2016, foi um percentual de 16,70% de publicações em cada ano, respetivamente.

Em 2017, tivemos 33,20% dos estudos publicados, representando um aumento relevante nas publicações de artigos, sobre os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil. Mas, em 2018, observamos uma queda considerável para 16,70%, no número de publicações de estudo na área da temática em questão.

Gráfico 3 – Ano de publicação dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão.

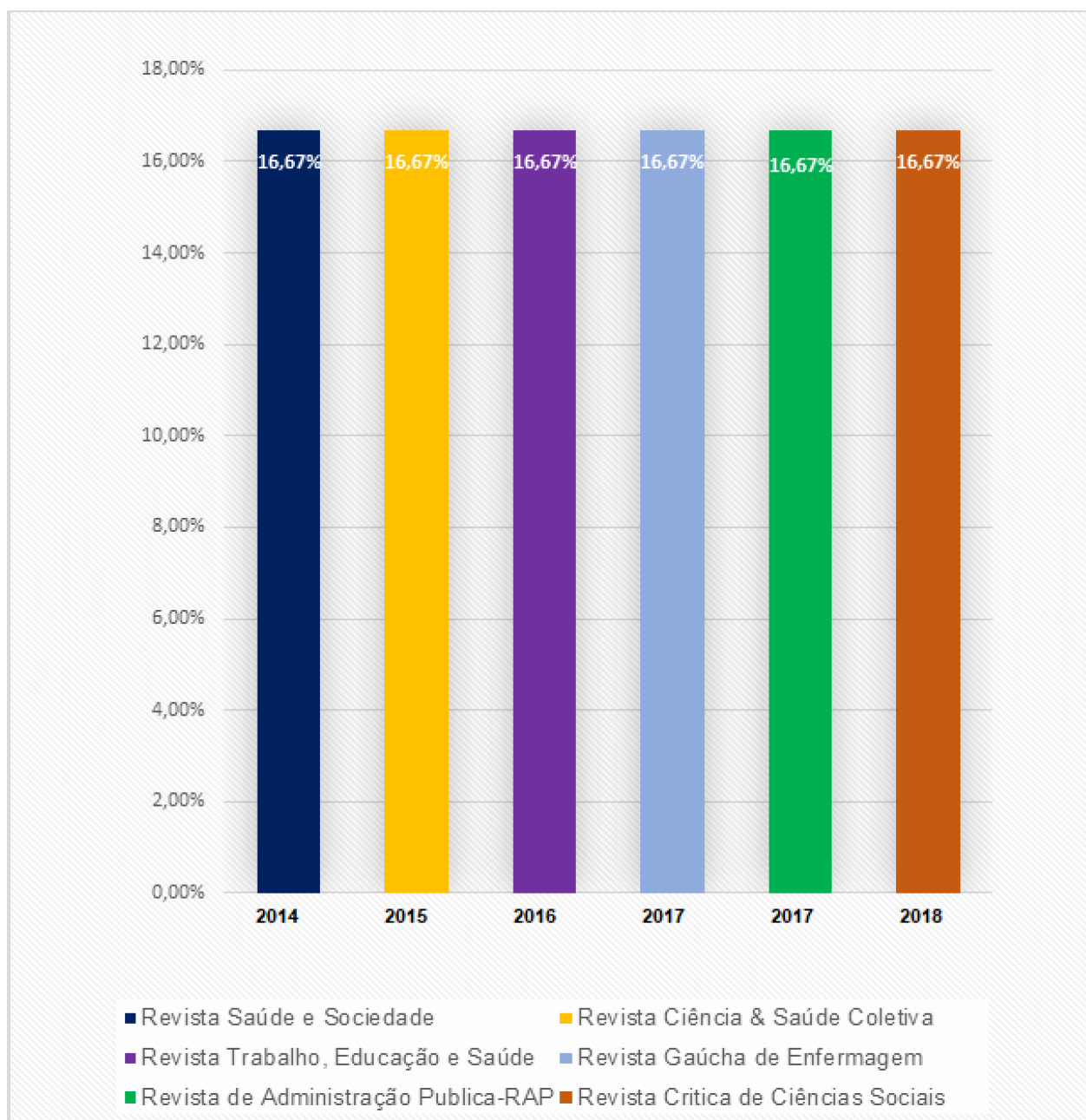


Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023)

O gráfico 4, demonstrou os tipos de revistas variadas que abordam a temática dos Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

As revistas apresentaram em seus artigos os Conselhos de Saúde, como porta de entrada para a participação da sociedade, com o propósito de reivindicarem as suas necessidades em prol da Saúde do trabalhador, na Saúde Pública do Brasil.

Gráfico 4 – Tipo de revista de publicação dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão.



Fonte: QUEIROZ, OLIVEIRA (2023).

A seguir apresentamos a análise dos artigos: 1, 2, 3, 4,5 e 6 que também foram categorizados no quadro 5, e selecionados conforme os objetivos e a temática propostos pela pesquisa. E os autores que publicaram sobre os Conselhos de Saúde como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil.

ARTIGO 1

“José Patrício Bispo (2015, p. 99-122), O presente artigo visa analisar os principais desafios e características da participação institucionalizada no sistema de Saúde brasileiro. Discute, primeiramente, as características e os princípios do Sistema Único de Saúde, com destaque para a importância da mobilização social na conformação do atual sistema de Saúde do país. Em seguida, apresentam-se as características e atribuições dos Conselhos e Conferências de Saúde enquanto mecanismos institucionalizados de participação. Os Conselhos de Saúde são analisados quanto às características de composição paritária e função deliberativa.”

ARTIGO 2

“O estudo realizado por LISBOA et al. (2016), analisou a criação e a implantação dos Conselhos locais de Saúde no município de Anchieta, no estado do Espírito Santo. Buscou-se identificar os fatores que apoiaram ou limitaram a sua efetiva participação no contexto do Sistema Único de Saúde local. Por meio de abordagem qualitativa, realizaram-se 13 entrevistas com os conselheiros. Utilizou-se a análise de conteúdo, evidenciando três categorias trabalhadas neste texto: ser ou não ser conselheiro de Saúde? Eis a questão! O não pertencimento e a não participação; e Conselhos locais de Saúde: elos, meios e mediações. Concluiu-se que os conselheiros enfrentam grandes dificuldades que acabam por desvirtuar os caminhos desejados da participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por isso, é imprescindível haver vontade política, apoio à participação efetiva e programas de educação para a cidadania dos atores envolvidos nesses fóruns, para que assim possam exercer de forma plena seu papel.”

ARTIGO 3

“Moura, Shimizu e Eri (2017), este artigo visa, conhecer a estrutura das representações sociais de direito à Saúde e cidadania de conselheiros municipais de Saúde. Método de estudo qualitativo, fundamentado nas teorias das representações sociais e do núcleo central, realizado em oito municípios da região integrada de desenvolvimento do entorno do Distrito Federal - Brasil. A amostra intencional foi composta por conselheiros municipais de saúde. Entre junho e dezembro de 2012 aplicaram-se questionários de evocação livre, dos quais foram respondidos 68 com o termo indutor direito à saúde e 64 com o termo indutor cidadania. Os dados foram analisados por meio do software EVOC e da análise de conteúdo de Bardin. Resultados, o

campo representacional de direito à saúde está associado à ideia de direito universal garantido pela constituição e pelo SUS e de cidadania vinculado aos direitos e deveres. Conclusões: as concepções de direito à saúde são entendidas enquanto condição para alcance da cidadania, e proteção social.”

ARTIGO 4

“Segundo Novaes, dos santos, e Pereira (2017) o novo arcabouço constitucional criado em 1988 estabeleceu mecanismos institucionais de participação, abrindo à sociedade diferentes possibilidades de atuação no aparato estatal. Surgiram assim experiências consideradas inovadoras por incorporarem a participação do cidadão na definição de políticas públicas e em decisões no âmbito da gestão local, a exemplo dos Conselhos gestores, das conferências de políticas, dos orçamentos participativos e de outros fóruns.”

ARTIGO 5

“Junior, Patricio e Gerschman, (2013), o artigo reflete sobre a relação entre democracia e Conselhos de Saúde. Busca analisar os Conselhos enquanto espaço de ampliação da democracia. Na primeira parte, são apresentadas algumas características e princípios do regime democrático liberal, com destaque para o enfoque minimalista e procedimental da tomada de decisão. Em seguida, discute-se sobre as fragilidades do modelo representativo e o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade, face à nova gramática social e a complexidade de divisão entre as responsabilidades estatais e societais. Posteriormente, são apresentados os princípios da democracia deliberativa e a ideia de democracia substantiva. A ampliação da democracia é compreendida não só como garantia dos direitos civis e políticos, mas, sobretudo, dos direitos sociais. Por fim, a partir da discussão das categorias participação e deliberação, os Conselhos de Saúde são analisados como potenciais mecanismos de ampliação da democracia.”

ARTIGO 6

“Durán, Flores e Gerschman (2014), O objetivo do artigo é explicitar, por meio de uma análise teórica, a importância do papel da sociedade e da construção de sujeitos políticos na implementação do SUS através dos Conselhos de Saúde. Visa contribuir para a discussão sobre modos de participação social que vêm sendo construídos no interior das arenas dos colegiados de participação na democracia brasileira. Discutem-se as transformações políticas

deflagradas entre os anos 1970 e 1990, em que diferentes modos de participação social encontrariam seus principais desafios políticos. Em seguida, analisam-se alguns dos dilemas da participação da sociedade nos Conselhos sob uma perspectiva teórica, sustentada pela reflexão sobre novos movimentos sociais e representação de interesses (ou neocorporativismo). Os Conselhos de Saúde, nos anos 1990, se institucionalizaram e expressaram a necessidade da aproximação entre Estado e sociedade. Formalizaram a participação da sociedade e o Controle Social na construção das agendas políticas da Saúde, sendo profundamente influenciados pela conjuntura política nacional. Conclui-se sobre a mudança operada nos Conselhos de Saúde e o papel efetivamente desenvolvido por eles atualmente.”

Ao relacionarmos os seis artigos selecionados na pesquisa, podemos identificar pontos de convergência entre eles, em que os autores escrevem sobre os Conselhos de Saúde como espaços de ampliações da democracia, e da participação da sociedade para efetivação de políticas públicas no sistema de Saúde brasileiro.

Essa análise unificada dos artigos demonstra também a relevância do Controle Social no contexto da Saúde pública, destacando a importância de fortalecer o seu papel, na busca por um sistema de Saúde público mais eficiente, inclusivo e democrático.

E os apoios efetivos aos programas de educação para a cidadania, na construção de sujeitos políticos, representam uma oportunidade de estabelecer novas relações entre Estado e sociedade, buscando garantir direitos na Saúde pública do Brasil, que garantam a Saúde do trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Dissertação teve como primícias identificar publicações em forma de artigos, que descreveram os Conselhos de Saúde, como forma de Controle Social na Saúde Pública do Brasil, e suas possíveis implicações na Saúde do trabalhador, através do SUS e seus princípios. Nesse sentido, a revisão integrativa apresentada atingiu os objetivos da pesquisa.

Em momentos que os direitos adquiridos com a Constituição Federal de 1988 foram ameaçados constantemente, precisa-se de muita atenção em manter os direitos de participação ativos. Sendo que não se pode deixar de cultivar a democracia que conquistamos, para não haver retrocessos no Brasil.

A Dissertação mostrou que os Conselhos de Saúde fazem parte historicamente de um amplo processo de movimentação social, também na década de setenta, com o movimento da Reforma Sanitária, que convergiu para transformar e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da sociedade civil com o Estado.

Os Conselhos de Saúde em todas as suas esferas: locais, municipal, estadual e federal, trazem consigo as expressões da coletividade, mostrando o que é a realidade da população, suas necessidades e anseios.

Por meio dos artigos selecionados identificamos a importância dos Conselhos de Saúde em todas as esferas como arena decisória, dentro da democracia brasileira. Sendo essa maneira a única que dá poder ao povo sem passar por partidos políticos. Já que a outra maneira de “poder” é ser do executivo ou legislativo, o que pode ser votado para poder exercer a sua representatividade.

A Revisão Integrativa apontou para a necessidade de mais publicações de artigos que ressaltam a importância dos Conselhos de Saúde enquanto espaço social civil organizado, e de fomento à participação social na arena deliberativa, exercendo efetiva influência para o mecanismo de inovação e ampliação democrática, sobre as políticas de Saúde do Brasil.

Ressaltamos a importância da visibilidade do tema da Dissertação na literatura por meio de estudos futuros, que tragam informações que se transformem em conhecimento, contribuindo na formação permanente da população, para que a vigilância, monitoramento, elaboração, implementação e a fiscalização das políticas públicas, sejam efetivas e tragam benefícios a toda sociedade.

Para que a Saúde do trabalhador alcance um patamar de importância, e melhorias contínuas, reconhecemos os Conselhos de Saúde como promotores de espaços de negociação democráticos, essenciais para tomadas de decisão equânimes, co participativas e efetivas na prevenção, manutenção e promoção da Saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

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. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/a13v16n3.pdf>>. Acesso em: junho 2022.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300013>

AROUCA, A. S. Democracia é Saúde. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: DF, 1986. p. 35-42. O dilema preventivista. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BISPO Júnior, José PATRÍCIO; Gerschman, SÍLVIA (2013), **Potencial participativo e função deliberativa.** Um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos Conselhos de Saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 7-16.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. J. C. A.; MACEDO, M. **O método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais.** Revista eletrônica gestão e sociedade, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: Acesso em: maio. 2022.

<https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

BRAVO, Maria Inês Souza. **Gestão Democrática na Saúde: A Experiência dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** In: Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social vol. III. Brasília: ABEPSS, 2000.

BRAVO, Maria I. S. **Gestão democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos.** In: BRAVO, Maria I. S.; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; OLIVEIRA, Rodriane de. **Conselhos de Saúde e Serviço Social. Luta Política e trabalho profissional.** Ser Social. Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social, UNB, n.10, 2002. Acesso em: 2022. Leia mais:

<https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/Conselhos-de-Saúde/>

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade 1135 na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde edá outras providências.** Diário Oficial da União, 28 dez. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, 2003; 04 de novembro de 2003. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília:** Ministério da Saúde (série B: textos básicos de Saúde), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1168.pdf>. Acesso em: abril. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde** (versão preliminar). Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós-Covid, avaliam especialistas durante debate organizado pelo Conass. Disponível em: <https://www.conass.org.br/o-sus-foi-importante-para-pandemia-e-tera-papel-fundamental-no-periodo-pos-covid-avaliam-especialistas-durante-debate-organizado-pelo-conass/> Acesso em: 5 jan. 2022.

BREVIDELLI MM, De DOMENICO EB. **Trabalho de conclusão de curso:** guia prático para docentes e alunos da área da Saúde. 2a ed. São Paulo: Iatria; 2008.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006. Disponível em. Acesso em: maio. 2022.

CALLAHAN D. 1973. The WHO Definition of Health. **Health as Balance:** a conceptual study. Hastings Center Studies, 1, 77-88. <https://doi.org/10.2307/3527467>

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

CORDEIRO, Alexander Magno *et al.* **Revisão sistemática:** uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para capacitação de conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em:

<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: março 2022.

CORTINA, A. **Ciudadanos del mundo:** hacia una teoria de la cidadania. Madrid: Alianza Editorial; 1999. 264p.

CORREA, Maria V. C. **Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. <https://doi.org/10.7476/9788575415221>

COTTA, R.M.M. *et al.* **Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira:** o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Paula Cândido, v. 16, n. 16, p. 1-8, 2006.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. **Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: Acesso em: maio 2022. doi: 10.1590/S1413-81232010000500018.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>

CUNHA, Sheila Santos. **O Controle Social e seus instrumentos.** Disponível em: Acesso em: maio. 2022.

DECRETO n.º 5.839: Conselho Nacional de Saúde. *In: Competências do Conselho Nacional de Saúde.* [S. l.], 11 jul. 2006. Disponível em: <https://conselho.Saúde.gov.br/apresentacao/atribuicao.htm>. Acesso em: 10 out. 2022.

DURÁN, F; GERSCHMAN, S. **Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde.** Saúde e Sociedade: setembro 2014, Vol.23(3), pp.884-896.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012>

FARIA, C. A. P. Ideias, **conhecimento e políticas públicas:** um inventário sucintodas principais vertentes analíticas recentes. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003.

<https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100004>

FARIA, Cláudia F. **Sobre os determinantes das políticas participativas:** A estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. A participação social no Nordeste. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2007, p. 111-133.

FERNEDA, E. Recuperação da informação: **análise sobre a contribuição da Ciência da Computação para a Ciência da Informação.** São Paulo, 2003. 147f. Tese (Documento em Ciência da Comunicação) — Escola de Comunicação e Arte, Universidade de São Paulo. Disponível em:

<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27143/tde-15032004-130230/publico/Tese.pdf>>. Acesso em: abril. 2022.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328p. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000100016>

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 28 ed. São Paulo: Paz e Terra;2005. 152p.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O., & TREVIZAN, M. A. (2004). **Revisão sistemática:** recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem, 549-556.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>

GLASS, G. V. (1976). **Primary, secondary, and meta-analysis of research.** Educational Researcher, 5(10), 3–8. doi:10.2307/1174772.

<https://doi.org/10.2307/1174772>

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: **atuação e representação das comunidades populares**. Cad Saúde Pública, v.20, n. 6, p. 1670-81,2004.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>

GUIZARDI, F. L. *et al.* **Participação da comunidade em espaços públicos de Saúde**: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, jan./ jun. 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100003>

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. **Política de Saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência. Saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001. Disponível em. Acesso em: junho. 2022.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

LISBOA, Edgar A. **Conselhos locais de Saúde**: caminhos e (des)caminhos da participação social no Sistema Único de Saúde. 101 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>

MACHADO, Francisco de Assis. **Participação social em Saúde**. In: CONFERÊNCIANACIONAL DE SAÚDE, 8., Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008>. Acesso em: maio. 2022.

MENDES, K. D., SILVEIRA, R. C., & GALVÃO, C. M. (2008). **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 758-764.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Ministério da Saúde. Portaria n.º 545 de 20 de maio de 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. Disponível em: Acesso em abril. 2022.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. **Gestão plena com responsabilidade pela Saúde do cidadão**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: Acesso em: maio. 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: Acesso em: maio. 2022.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

MIRANDA, Shirle R. M. de; SILVA, Roseane S. B. da; SOUZA, Karla C. N. de. **Gestão social no contexto das políticas públicas de Saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde.** DRd — Desenvolvimento Regional em debate, ano 3, n.º 2, p. 135-153, jul./dez. 2013. Disponível <<https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/Conselhos-de-Saúde/>>. Acesso em: julho 2022.
<https://doi.org/10.24302/drd.v3i2.492>

MOURA LM. **Capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em Saúde da RIDE-DF: potencialidades e fragilidades para influenciar melhoria da atenção básica** [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2017.

MUÑOZ, S. I. S. *et al.* **Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da Saúde.** Disponível em: Acesso em: 15 maio 2021.

NOVAES; SANTOS, Flávio. **O Orçamento Participativo e a democratização da gestão pública municipal** — a experiência de Vitória da Conquista (BA) - Revistade Administração Pública-RAP: 01 March 2017, Vol.37(spe).

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, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ORGANIZACIONAIS. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>> Acesso em: junho 2022.

ORTIZ, Anelize Fucks; LEVITTE, Analeia Terezinha. **Serviço social no Sistema Único de Saúde (SUS).** Revista Maiêutica, Indaial, v. 1, n. 4, p.87-93, 2017.

PERISSÉ, A. R. S; GOME, M. M; NOGUEIRA, S. A. **Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas.** In: Gomes MM, organizador. Medicina baseada em evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001.

RAICHELIS, Raquel. **Articulação entre os Conselhos de políticas públicas – umapauta a ser enfrentada pela sociedade civil.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: n.85, p. 109- 116, mar. 2006.

REIS, E. P. **Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p.21-30, fev. 2003.
<https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100001>

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: **Promessas e Limites da Constituição.** Riode Janeiro. Fiocruz, 2003.

ROMAN AR, FRIEDLANDER MR. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.** Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: abril. 2022.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SOUZA, C. **Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa.** Caderno CRH, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e comofazer.** Einstein São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: maio 2022.
<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

SOUZA, R. A. A.; SALIBA, O. **A Saúde bucal em pauta:** análise de registros dos Conselhos municipais de Saúde de municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, Rio de Janeiro, 2003.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500016>

VISELTEAR, A. J. C.E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925. **The Yale Journal of Biology and Medicine, New Haven**, v. 55, 137-151, 1982.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. **Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos gestores.** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131- 144, set./dez. 2006.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300011>

WHITTEMORE R, KNAFL K. **The integrative review:** update methodology. J Adv Nurs. 2005; v.52 n.5: p.546-553. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/1122683-Revisao-bibliografica-sistematica-integrativa.html>>. Acesso em: junho 2022
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>