

Mobilização social e participação cidadã nos conselhos de saúde

Social mobilization and citizen participation in health councils

Edna Moreira Barros¹, José Patrício Bispo-Júnior¹, Luzia Célia Batista Soares¹, Nívea Maria Silva Silveira¹, Berenice Temoteo-da-Silva², Mauro Serapioni^{1,3}

DOI: 10.1590/2358-2898202514710121P

RESUMO Este estudo objetivou analisar as ações de mobilização social e a atuação das entidades representativas para a participação nos conselhos de saúde em municípios de diferentes portes populacionais. Constituiu-se em estudo qualitativo de casos múltiplos realizado em três municípios do estado da Bahia. Utilizaram-se como fontes de informação a análise de documentos e entrevistas com 30 conselheiros de saúde. Foi utilizada uma matriz teórica desenvolvida a partir dos modelos da cadeia da participação e domínios da tomada de decisão. Assim, a mobilização foi analisada nas dimensões: micro, perspectiva individual; meso, atuação das entidades comunitárias; e macro, dinâmica dos conselhos de saúde. Os resultados demonstraram frágeis níveis de mobilização comunitária. A dimensão individual identificou restrito interesse das pessoas pela participação. A dimensão meso evidenciou a fragilização das entidades tradicionais agregadoras de interesse, como os sindicatos, e um crescente protagonismo de entidades pautadas no reconhecimento, como o movimento negro. A dinâmica dos conselhos de saúde evidenciou diminutos níveis de mobilização nos contextos interno e externo. O limitado interesse para o envolvimento comunitário foi associado à cultura individualista e ao diminuto senso de responsabilidade coletiva. Concluiu-se sobre a necessidade da promoção da cultura cívica e do fortalecimento das entidades comunitárias.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde. Participação da comunidade. Participação social. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze social mobilization efforts and the role of representative entities in fostering participation in health councils across municipalities of different population sizes. It is a qualitative multiple-case study conducted in three municipalities in the state of Bahia, Brazil. Data were collected through document analysis and interviews with 30 health council members. A theoretical framework was developed based on the participation chain and decision-making domains models. Social mobilization was examined across three dimensions: micro, representing the individual perspective; meso, reflecting the role of community organizations; and macro, encompassing the dynamics of health councils. The results revealed low levels of community mobilization. At the individual level, limited interest in participation was observed. The meso dimension highlighted the weakening of traditional interest-based organizations, such as labor unions, alongside the growing prominence of recognition-based movements, such as the Black movement. The dynamics of the health councils demonstrated weak mobilization both internally and externally. The limited interest in community engagement was associated with an individualistic culture and a diminished sense of collective responsibility. The study concludes by underscoring the need to promote civic culture and strengthen community organizations.*

KEYWORDS *Health councils. Community participation. Social participation. Health policy. Unified Health System.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. jpatricio@ufba.br

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

³ Universidade de Coimbra (UC), Centro de Estudos Sociais (CES) – Coimbra, Portugal.



Introdução

Ações de mobilização social são utilizadas como estratégia de defesa dos direitos sociais e para a garantia do acesso e da continuidade dos cuidados em saúde¹. No âmbito dos sistemas de saúde, intervenções de mobilização comunitária são frequentemente utilizadas para o controle de doenças endêmicas², a melhoria da saúde de grupos populacionais específicos³, o combate à violência⁴ e a promoção de vacinação⁵. Embora seja relevante o desenvolvimento de ações participativas para o enfrentamento de problemas específicos, o grande desafio da mobilização social é propiciar melhoria social e sistêmica na vida das comunidades⁶.

Existe um amplo debate da literatura sobre o conceito e os propósitos da mobilização social. Rogers, Goldstein e Fox⁷ definem mobilização social como a capacidade de impulsionar indivíduos para realizar comportamentos que beneficiam principalmente, um coletivo de pessoas. Fernandes et al.⁸ ressaltam que a mobilização social ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, cotidianamente, resultados decididos e desejados por todos. Diani⁹ conceitua a mobilização social como ação de conjuntos de pessoas, grupos ou organizações que se organizam voluntariamente para a produção de bens coletivos. Diante dessas perspectivas, adota-se no presente artigo o entendimento de mobilização comunitária como o engajamento de pessoas motivadas por objetivos comuns que atuam para o alcance da causa pretendida.

Na literatura da área da saúde, os conceitos de mobilização e participação estão frequentemente associados. Nas últimas décadas, adotaram-se múltiplos sentidos para o termo participação social⁶. Neste artigo, considera-se a definição que vincula a participação social aos ideais democráticos amplos e que a caracteriza como processo no qual indivíduos e comunidades atuam para influenciar as decisões relacionadas à sua saúde e à organização dos serviços promocionais e assistenciais¹.

A atuação em movimentos sociais ou o envolvimento em movimentos coletivos é um dos principais fatores que atraem as pessoas para a participação¹⁰. No debate sobre os tradicionais e os novos movimentos sociais^{11,12}, ressalta-se que os movimentos tradicionais emergiram, principalmente, no século XX, em meio à defesa de políticas sociais mais amplas e com estruturas estáveis e perenes. Já os novos movimentos sociais, que surgiram nas últimas décadas, são caracterizados por estruturas mais fluidas e provisórias, pela intersecção com outras questões sociais, com pautas identitárias e com ênfase na importância da abordagem interseccional nas políticas.

Mesmo diante do agir difuso desses movimentos¹², o que se evidencia na literatura é um cenário atual de fragilização do poder de atuação e mobilização social^{10,13,14}. Miwa e Ventura¹⁵ afirmam que a desmobilização é influenciada por forte valorização da individualização e dos interesses de consumo, que se sobrepõem aos valores coletivos e à busca do bem comum.

No Brasil, as ações de mobilização social foram determinantes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Paim et al.¹⁶, a Reforma Sanitária Brasileira se colocou na contramão das reformas difundidas no resto do mundo nas últimas décadas do Século XX. Enquanto outros países questionavam a manutenção do estado de bem-estar social, o Brasil instituiu o SUS fundamentado nos valores da solidariedade social, saúde como direito e concepção ampliada de saúde. Para os autores¹⁶, um importante elemento da constituição do SUS é que o processo de reforma foi impulsionado pela mobilização da sociedade civil, e não pelo governo ou por organizações internacionais.

Como importante inovação democrática, a participação social foi institucionalizada no SUS por meio das conferências e dos conselhos de saúde¹⁷. Esses mecanismos participativos foram instituídos nas esferas municipais, estaduais e federal, e contemplam a representação de diferentes segmentos sociais, com forte valorização do componente comunitário.

As conferências de saúde ocorrem a cada quatro anos e têm por objetivos avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde. Trata-se de instâncias de reconhecida relevância para o fortalecimento do processo democrático e da participação social no SUS¹³. A atuação dos conselhos de saúde busca confluir características da atuação institucional e da mobilização social¹⁷. Embora seja difundida a importância dos conselhos de saúde para a democratização do Estado e das políticas de saúde¹⁸, são também evidenciadas fragilidades do envolvimento comunitário nesses espaços¹⁹. Embora as conferências apresentem grande potencial para mobilizar a população na defesa do SUS²⁰, o presente estudo teve por interesse a mobilização social desenvolvida no âmbito dos conselhos de saúde. Ao considerar os conselhos como instâncias permanentes de deliberação, buscou-se investigar os processos de mobilização que dão sustentação à atuação dos representantes sociais.

Diante do contexto de relevância institucional dos conselhos de saúde e, ao mesmo tempo, de fragilização da participação comunitária nesses espaços, evidencia-se a necessidade do aprofundamento das análises sobre as diversas dimensões que influenciam a mobilização comunitária e a atuação de pessoas e entidades. O presente estudo tem por objetivo analisar as ações de mobilização social e a atuação das entidades representativas para a participação nos conselhos de saúde em municípios de diferentes portes populacionais.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa, do tipo casos múltiplos com níveis de análise imbricados²¹. Tomaram-se como unidades de análise os conselhos de saúde e a atuação de participantes e das entidades

que compõem os conselhos de saúde de três municípios do estado da Bahia. A mobilização social foi analisada considerando a atuação dos representantes sociais, das instituições representativas e dos conselhos de saúde.

Referencial teórico-metodológico

O referencial teórico-metodológico fundamentou-se na articulação de dois modelos teóricos de análise da participação social amplamente utilizados no cenário internacional: o modelo teórico da cadeia da participação²² e o modelo dos domínios do processo de tomada de decisão²³.

Simmons e Birchall²² desenvolveram o modelo teórico da cadeia da participação para a identificação de fatores que influenciam o envolvimento das pessoas nas questões referentes às políticas sociais. O modelo sistematiza os principais incentivos, atitudes e entraves que facilitam ou obstaculizam a participação dos cidadãos. A cadeia da participação engloba quatro fatores ou elos: mobilização, motivação, recursos e dinâmica institucional. Para o presente estudo, utilizou-se a dimensão da mobilização social. Segundo os autores, o envolvimento é favorecido ou dificultado por certas questões que atraem ou inibem o processo de mobilização social.

No modelo dos domínios do processo de tomada de decisão, Charles e DeMaio²³ apresentam três planos com as dimensões-chave do envolvimento dos cidadãos. Para o presente artigo, utilizou-se o plano do domínio de tomada de decisão, que é categorizado em três dimensões: individual, no âmbito dos serviços e contexto macro de tomada de decisão. Assim, os níveis de participação e mobilização foram categorizados nos níveis: micro, meso e macro.

No nível micro, investigaram-se os fatores que influenciam a mobilização em âmbito individual – essa dimensão contemplou os elementos que favorecem e/ou inibem as pessoas a se envolver com as questões de saúde. O nível meso do estudo analisou a mobilização a partir das instituições agregadoras de interesses em

âmbito comunitário e dos municípios – nesse nível intermediário, foi investigada a forma de organização e mobilização das entidades de representação da sociedade civil em cada um dos municípios. O nível macro corresponde à instância deliberativa do SUS em âmbito municipal, ou seja, os conselhos municipais de saúde – essa dimensão teve por interesse

a participação e atuação dos representantes sociais no âmbito interno dos conselhos de saúde e a mobilização social desempenhada pelos conselhos.

Foi desenvolvida uma matriz teórica a partir da confluência e adaptação dos dois modelos^{22,23}. Assim, a matriz é composta por três dimensões (*quadro 1*).

Quadro 1. Matriz de análise referente à mobilização social em saúde

Dimensão	Subdimensão
Cultura participativa	Interesse e disposição das pessoas para a participação social Tradição participativa
Atuação das entidades comunitárias representativas	Formas de organização e atuação das entidades Práticas de mobilização comunitária das entidades representativas
Dinâmica institucional dos Conselhos de Saúde	Dinâmica interna dos conselhos de saúde Dinâmica externa dos conselhos de saúde

Fonte: elaborado pelos autores. Fundamentado nos pressupostos da mobilização social em instâncias participativas²²⁻²⁵.

Para a produção das dimensões e subdimensões da matriz teórica, além dos elementos do modelo teórico da cadeia da participação²² e do modelo dos domínios do processo de tomada de decisão²³, foram consideradas as características da participação²⁴ e da mobilização²⁵ no âmbito dos conselhos de saúde do Brasil. Assim, foi realizada a adaptação dos subdomínios, para se adequarem ao contexto da participação no âmbito do SUS.

A primeira dimensão, cultura participativa, corresponde ao nível individual e contempla duas subdimensões: interesse e disposição das pessoas para a participação social e a tradição participativa. A segunda dimensão, atuação das entidades comunitárias representativas, diz respeito ao nível intermediário e envolve as subdimensões: formas de organização e atuação das entidades comunitárias e as práticas de mobilização desenvolvidas pelas entidades representativas. A terceira dimensão, nível macro da matriz, teve por interesse a dinâmica institucional dos conselhos de saúde.

As subdimensões que integram essa dimensão são: a dinâmica interna dos conselhos, que envolve os elementos da participação das comunidades nas reuniões, o poder de agenda dos representantes sociais e a influência das representações comunitárias sobre as deliberações do conselho; e a dinâmica externa, correspondente ao poder de articulação e mobilização promovido pelos conselhos e ações de recrutamento de participantes.

Campo de estudo

O estudo foi realizado em três municípios de diferentes portes populacionais do estado da Bahia: Urandi, Guanambi e Vitória da Conquista. Buscou-se contemplar municípios de pequeno porte, com menos de 25 mil habitantes; médio porte, entre 25 e 100 mil habitantes; e grande porte, com mais de 100 mil habitantes²⁶.

Urandi possui população de 15.355 habitantes²⁷. O município faz parte da região de

saúde de Guanambi²⁸. O Conselho de Saúde de Urandi possui a composição atual de 16 conselheiros titulares, funciona nas instalações do governo municipal, não possui dotação orçamentária própria, possui computador, impressora e acesso à internet²⁹. Guanambi possui população de 87.817 habitantes²⁷. O município é sede da Região de Saúde, composta por 23 municípios²⁸. O Conselho de Saúde de Guanambi é composto por 16 conselheiros titulares, não possui sede própria, dispõe de secretaria executiva, computador, impressora e acesso à internet^{29,30}. Vitória da Conquista possui população de 370.879 pessoas e constituiu-se no terceiro município mais populoso da Bahia²⁷. É sede da Macrorregião Sudoeste do estado, composta por 74 municípios²⁸. O CMS é composto por 24 conselheiros de saúde titulares, possui sede própria e infraestrutura adequada, dispõe de secretaria executiva e transporte, e não possui dotação orçamentária específica²⁹.

Fontes de informações e participantes do estudo

As informações e os dados que subsidiaram o estudo foram obtidos por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas. No que se refere aos documentos, foram analisadas: as atas dos conselhos municipais de saúde dos anos de 2019 a 2022, Regimentos dos três conselhos; Relatórios de Gestão; e Decretos,

Portarias e Leis Municipais que tinham relação com a participação.

Conforme apresentado na *tabela 1*, foram entrevistados 30 conselheiros de saúde. Buscou-se, de forma intencional, contemplar representantes de todos os segmentos integrantes dos conselhos. Assim, foram entrevistados, entre agosto e outubro de 2022, 10 conselheiros municipais de saúde de cada município, dos quais: quatro representantes dos usuários, dois dos profissionais de saúde, dois dos gestores e dois dos prestadores. A quantidade de participantes foi selecionada *a priori*, buscando-se contemplar representantes de todos os segmentos que integram os conselhos de saúde. Os participantes foram selecionados conforme a atuação nas reuniões e articulação e participação em ações mobilizadoras, contemplando os diferentes perfis de participação. Admitiu-se como critério de exclusão ter sido conselheiro de saúde por período inferior a seis meses. As entrevistas tiveram um tempo médio de 69 minutos de gravação, com tempo total de 2.080 minutos de gravação. Utilizou-se um roteiro com questões sobre: o interesse e a disposição das pessoas para a participação social; a organização, o envolvimento e ações de mobilização desenvolvidas por associações e sindicatos; a dinâmica das reuniões e os processos deliberativos desenvolvidos; e ações de mobilização social desenvolvidas pelos respectivos conselhos.

Tabela 1. Participantes do estudo por segmento e município. Urandi, Guanambi e Vitória da Conquista, 2023

Pessoas entrevistadas	Urandi	Guanambi	Vitória da Conquista
Conselheiros Municipais de Saúde			
Usuários	4	4	4
Profissionais de Saúde	2	2	2
Gestores	2	2	2
Prestadores	2	2	2
Total	10	10	10

Fonte: elaborado pelos autores.

Análise de dados

As entrevistas foram transcritas e checadas pela equipe de pesquisa. Também os destaques dos documentos foram incorporados ao material para análise. Os dados e informações foram aglutinados, refinados e codificados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs³¹. O conteúdo da sistematização das categorias foi analisado conforme as dimensões e subdimensões definidas *a priori* na matriz de análise (*quadro 1*).

Questões éticas

O estudo foi previamente autorizado pelos três conselhos de saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, *Campus Anísio Teixeira*, da Universidade Federal da Bahia, CAAE nº 57675422.1.0000.5556, parecer nº 5.406.361. Os pesquisadores cumpriram todas as exigências e requisitos éticos estabelecidos da Resolução nº 466, de 2012³², do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados demonstraram frágeis níveis de mobilização comunitária nos cenários analisados. Nas três dimensões integrantes da matriz de análise, micro, meso e macro, foram identificadas dificuldades em promover a mobilização na defesa da saúde e da atuação dos conselhos. Foi possível identificar que as fragilidades das três dimensões analisadas se afetam e se potencializam mutuamente. Assim, desencadeia-se um processo de baixo envolvimento comunitário e esvaziamento das entidades representativas. Apresentam-se a seguir os resultados conforme as dimensões de análise.

Cultura participativa

Na dimensão micro, relativa aos aspectos individuais, o interesse e a disposição das pessoas

para a participação mostraram-se restritos. O limitado interesse para o envolvimento comunitário foi associado à cultura individualista e ao diminuto senso de responsabilidade com as questões sociais.

As pessoas não têm essa preocupação de mobilização social, né?! A gente não pode generalizar. Mas a participação deveria necessariamente ser muito maior e muito mais intensa do que o que de fato é. [...] Pensamento social hoje é mínimo com relação a essa questão da preocupação social. (Entrevista 08, Vitória da Conquista – Prestador).

Evidenciou-se o predomínio do sentimento de descrença sobre a participação social e a atuação dos conselhos de saúde. O descrédito atribuído aos processos participativos mostrou abalar as iniciativas de mobilização social das comunidades. *“Eu vejo muitas pessoas meio que desacreditadas, sei lá, ou que realmente não querem participar das coisas”* (Entrevista 23, Urandi – Usuário).

A descrença e o desinteresse da população se mostraram influenciados pela persistência dos problemas de saúde das comunidades e pelas dificuldades encontradas para acesso e continuidade do cuidado nos serviços de saúde. Na análise das atas dos conselhos de saúde dos três municípios, persistem reclamações e reivindicações dos representantes sociais sobre as limitações dos cuidados ofertados. Tal situação é corroborada nas entrevistas dos participantes, que explicaram o afastamento das pessoas dos conselhos de saúde devido ao fato de a participação não resultar na transformação dos serviços de saúde. *“E aí as pessoas vão vendo que eles vão participando, que as coisas não vão acontecendo, né?! E aí as pessoas vão ficando mais, mais reservadas”* (Entrevista 04, Vitória da Conquista – Gestor).

No que se refere à subdimensão tradição participativa, verificou-se um contexto de esmaecimento do interesse das pessoas e de perda da capacidade de mobilização social. Nos três cenários analisados, identificou-se a existência de um processo de mobilização

social anterior que foi enfraquecido com o passar dos anos.

Ao longo do tempo, reduziu e muito o interesse das pessoas em participar. Isso influencia não só na participação do conselho, como também em várias ações do governo. (Entrevista 30, Urandi - Gestor).

Também, a tradição participativa se mostrou abalada diante dos sentimentos de frustração e impotência atribuídos às instâncias de participação. Quando da criação dos conselhos de saúde, vivenciaram-se nos três municípios processos de mobilização social que desencadearam sentimentos de esperança sobre a escuta e o atendimento das necessidades vocalizadas pelos segmentos sociais. Todavia, as mobilizações sociais foram perdendo força, e os cidadãos passaram a se sentir menos atraídos por participar.

Atuação das entidades comunitárias representativas

O estudo revelou um contexto controverso no nível intermediário da mobilização comunitária. Identificou-se um processo de desmobilização social e fragilização das entidades tradicionais agregadoras de interesse, como os sindicatos e as associações de base territorial. Tais entidades mantêm o assento da composição dos conselhos de saúde investigados, todavia, não conseguem manter um diálogo perene e um processo de mobilização dos associados.

Muito fraco, muito fraco, quase zero as mobilizações das associações. [...] De modo geral, a questão de saúde aqui no município ela é pouco reivindicada. (Entrevista 21, Urandi - Profissional).

Por sua vez, verificaram-se o surgimento e o protagonismo de entidades representativas pautadas no reconhecimento, como a de mães atípicas e do movimento negro. Essas entidades expressaram maior poder de mobilização e envolvimento dos participantes.

As mães de autistas, que elas se organizaram e elas têm buscado melhores políticas públicas para os seus filhos, né? (Entrevista 04, Vitória da Conquista - Gestor).

As mulheres passam a se organizar para fazer o debate de gênero. O movimento negro floresce, se organiza com várias correntes, né?! O movimento LGBTQIAP+ passa a se organizar enquanto corrente que disputa também. [...] Assim, outras lutas vão se organizando, né? (Entrevista 02, Vitória da Conquista - Usuário).

Tais entidades passaram a disputar espaços na composição dos conselhos de saúde, especialmente no município de maior porte. Mesmo quando não ocupam assento nos conselhos, essas entidades conseguem exercer pressão na defesa de seus interesses, em razão da capacidade de mobilização. Todavia, o estudo evidenciou que a atuação das entidades organizadas a partir do reconhecimento se dá, predominantemente, em busca de benefícios e políticas específicas para os grupos representados, sem, muitas vezes, atuarem na defesa de interesses sociais amplos.

O que eu vejo aí é muitas associações brigando pelo seu interesse próprio, não é voltado à coletividade. A não ser a coletividade daquele local. [...] Então, o que eu vejo é que essas organizações elas não estão unidas em prol de uma coletividade, elas estão unidas em prol de um desejo deles. (Entrevista 16, Guanambi - Gestor).

Na subdimensão práticas de mobilização das entidades representativas, foram constatadas dificuldades para o desenvolvimento das ações de articulação, organização e acompanhamento das comunidades. Os sindicatos e as associações vivenciam dificuldades para mobilizar as comunidades e os membros das entidades. O estudo revelou que o desinteresse das pessoas em participar influencia negativamente as iniciativas de mobilização no nível meso, o que desencadeia um processo

de letargia das entidades em promover ações mobilizadoras nas comunidades.

Nós do sindicato rural tinha aqui um acompanhamento de 100% das associações rurais. [...] Hoje, nós não temos 50% dessas organizações. Por quê? Porque a maioria deles vai pelo lado político, entendeu?! 'Ah eu vou no sindicato eu não ganho nada'. (Entrevista 14, Guanambi – Usuário).

Apesar de as entidades pautadas no reconhecimento possuírem maior capacidade de mobilização, evidenciou-se que o caráter das mobilizações difere da exercida pelas entidades representativas clássicas. Predominam mobilizações do tipo esporádica, como ações de protesto ou aglutinação de pessoas para participar de reuniões ou eventos com gestores locais na defesa de uma pauta específica. Ressalta-se, ainda, o uso das redes sociais como estratégia amplamente adotada por essas entidades para a mobilização dos filiados e a sensibilização de outras pessoas sobre a causa defendida.

Dinâmica institucional dos conselhos de saúde

Na análise da dinâmica institucional dos conselhos de saúde, também foram evidenciados baixos níveis de mobilização tanto no contexto interno quanto no contexto externo. A análise das atas e das listas de frequência dos três conselhos demonstrou a baixa frequência de não conselheiros às reuniões. Foi destacado que em situações de apreciação de pontos específicos de interesse de determinados grupos ocorre uma maior frequência do público em geral às reuniões. Mas, no cotidiano, o cidadão comum pouco se interessa e pouco participa das atividades dos conselhos de saúde.

Mas, em si, a população ir para o conselho?! Não vai. Estudante só vai para o conselho quando o professor passa atividade. No mais, ninguém procura o conselho. (Entrevista 13, Guanambi – Gestor).

Nos três casos analisados, os representantes sociais apresentaram elevado poder de agenda. Os participantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores da saúde demonstraram factibilidade de pautar temas para a discussão dos conselhos. Por sua vez, esses representantes apresentaram restrito poder de influência sobre as deliberações. Embora o espaço discursivo dos conselhos tenha se mostrado aberto para a inclusão de temas de interesse dos segmentos sociais, no que tange ao processo deliberativo, os representantes dos gestores exercem maior controle e elevado poder de influência sobre os demais segmentos. *“Às vezes, o gestor, ele não quer ter a visão. Eles querem empurrar a política que deles vem pronta. Mas ela precisa ser discutida com o povo, né?” (Entrevista 03, Vitória da Conquista – Usuário).*

Na subdimensão dinâmica externa do conselho, foi demonstrada uma frágil articulação dos conselhos com entidades da sociedade civil, a fim de promover a mobilização social e o maior interesse pelas ações do próprio conselho. Em Vitória da Conquista, identificou-se a existência de comissão temática de mobilização social que tem como objetivo promover a divulgação dos conselhos e a sensibilização da sociedade para a participação. Todavia, essa comissão apresentou atuação restrita e com frágil poder mobilizador.

A gente do conselho tem uma comissão de mobilização, mas a mobilização mesmo não acontece. Eu diria que falta, assim, uns 80% de mobilização. A mobilização é muito baixa. (Entrevista 01, Vitória da Conquista – Usuário).

Foram identificadas algumas iniciativas desenvolvidas a fim de promover maior interesse e engajamento da população. As ações de divulgação e convocação da população para participar das reuniões foram tentadas em diversos momentos. Também foi identificada na análise das atas e ratificada nas entrevistas a proposição de reuniões itinerantes, com o objetivo de aproximar os conselhos de saúde das comunidades.

A gente marca reunião, coloca no ar, bota carro de som [...] A gente pede a sociedade pra tá presente ali pra pressionar, né?! Talvez pra não passar determinado projeto ou para passar, e vai poucas pessoas. (Entrevista 20, Guanambi - Usuário).

Os resultados demonstraram que as iniciativas de mobilização e recrutamento promovidas pelos conselhos, além de serem pontuais e fragmentadas, mostraram-se pouco efetivas. Não se identificou uma consistente capacidade de mobilização. As ações discutidas e aquelas que foram desenvolvidas se conformaram como de baixo poder atrativo e diminuta capacidade mobilizadora.

Discussão

A mobilização social foi analisada a partir de três níveis: o nível individual, que diz respeito aos fatores que influenciam as pessoas a se mobilizarem; o nível meso, relativo às entidades representativas das comunidades; e o nível macro, referente ao espaço deliberativo nos municípios, os conselhos de saúde. Em todas as três dimensões, evidenciaram-se exíguos níveis de envolvimento comunitário na saúde, o que demonstrou enfraquecer os processos de mobilização social. A análise dos resultados revelou um contexto de desinteresse dos cidadãos pela participação e de fragilidades das entidades representativas. Tais aspectos se relacionaram, também, com a restrita ação mobilizadora vivenciada pelos conselhos de saúde.

Apesar do protagonismo da participação e do envolvimento da sociedade civil na conformação das bases sociais do SUS, a sustentação de níveis elevados de mobilização social se constituiu como elemento difícil de ser alcançado. Bispo Júnior e Serapioni²⁴ ressaltam que a mobilização social e o envolvimento comunitário constituem-se como importantes desafios para a efetiva atuação dos conselhos de saúde. Afirmam que níveis elevados de mobilização social se mostraram como algo difícil de ser mantido e que a institucionalização dos

conselhos não foi suficiente para manter a sociedade civil articulada na defesa do sistema sanitário.

Ao discutir sobre o desinteresse dos cidadãos pelos espaços participativos, Valla³³ adverte sobre a necessidade de superar a crise de interpretação de acadêmicos e profissionais. Para o autor, o que, a princípio, poderia ser interpretado como falta de interesse e apatia, na verdade, é uma clara manifestação da população dos limites de melhoria viabilizados pelos espaços participativos formais. Além do mais, devem-se considerar, também, os elementos estruturais, sociais e políticos que, muitas vezes, limitam a expressão de demandas e a influências dos representantes sociais.

No que se refere à dimensão da cultura participativa, os resultados demonstraram limitado interesse das pessoas para a participação. A mobilização social foi afetada em razão de o nível individual da participação mostrar-se fragilizado. Um importante elemento que mostrou influenciar negativamente a disposição das pessoas em participar foi a descrença sobre o poder da mobilização social. Assim, o sentimento de descrédito se associa com a perda do senso de pertencimento social⁷. Ao desacreditar do poder de um grupo social, as pessoas se desconectam e passam a valorizar a busca de soluções individualistas. Nesse sentido, os autores sugerem que fortalecer os laços sociais e o senso de identidade estimula as pessoas a terem comportamentos em defesa do bem comum.

As dificuldades para o uso dos serviços de saúde também colaboraram para fragilizar o interesse dos indivíduos em participar. Ao longo dos mais de 30 anos de existência, o SUS nunca contou com financiamento suficiente e apresenta problemas estruturais que dificultam o acesso, a longitudinalidade e a qualidade dos cuidados em saúde²⁴. Assim, insuficiências da atenção à saúde levam ao descrédito com o sistema de saúde e ao desinteresse em se mobilizar.

Na análise da meso dimensão atuação das entidades comunitárias representativas, os

resultados demonstram um cenário de transição tanto do tipo de entidades com maior protagonismo nos processos de mobilização como do *modus operandi* da sua atuação. As entidades que classicamente exercem a representação no âmbito dos conselhos, como sindicatos e associações de moradores, demonstraram perdas nos espaços representativos, ao passo que se observou a ascensão das entidades que se organizam a partir do reconhecimento.

Os novos movimentos sociais se fundamentam a partir da identidade entre iguais, com fortes laços afetivos que consolidam a unidade interna, em oposição aos diferentes ou às expressões sociais externas¹². Esses movimentos se mobilizam pelos direitos de seus participantes, opõem-se à ordem social vigente, mas não buscam alterar significativamente as estruturas de poder¹². No âmbito das instâncias participativas em saúde, Cohn¹⁹ chama a atenção para os riscos inerentes ao caráter fracionado da participação organizada por interesses particulares específicos, o que pode conduzir a dificuldades de mobilização e pressão por direitos da saúde mais amplos e universais. No âmbito do presente estudo, embora os movimentos centrados no reconhecimento tenham apresentado maior poder de mobilização, esses se mostraram mais atuantes na defesa dos interesses específicos do grupo representado.

Também, a forma de atuação apresentou características que diferem dos movimentos sociais clássicos. O estudo identificou considerável poder de mobilização para ações específicas de formação de grupo de pressão para gerar tensão em contextos específicos, mas sem apresentar uma organização institucional consistente. De acordo com Ricci¹², a partir de 1990, fortaleceram-se a atuação de movimentos sociais mais fragmentados e uma tendência de transmutação da estabilidade da organização dos movimentos para a provisoriedade e imprevisibilidade das ações. O autor recorre

ao termo enxameamento para expressar a provisoriedade das mobilizações.

No âmbito da macro dimensão dinâmica institucional dos conselhos de saúde, revelou-se insuficiente a capacidade de mobilização. Na subdimensão dinâmica interna, os resultados demonstraram como aspecto positivo o elevado poder de agenda dos representantes sociais. Por sua vez, evidenciou-se, também, que esses representantes possuem baixa capacidade de influenciar as decisões dos conselhos.

Os processos deliberativos no âmbito dos conselhos de saúde são marcados por consideráveis assimetrias de poder. Diversos estudos demonstram que os segmentos dos gestores exercem forte papel indutivo sobre as deliberações. Nos municípios de Marabá²⁵, no Pará, e Nova Canaã e Itapetinga³⁴, na Bahia, foram identificados processos deliberativos assimétricos com preponderante influência da gestão municipal na tomada de decisão. Tais achados corroboram as dificuldades de mobilização interna e de efetiva capacidade de influência política dos representantes sociais.

Sobre a dinâmica externa, evidenciaram-se exíguas ações de mobilização social desencadeadas pelos conselhos de saúde. A reduzida capacidade de mobilização se associa à falta de proximidade dos conselhos com a sociedade civil. Em muitos contextos, os conselhos são instâncias desconhecidas pela população¹⁸ e com frágil interlocução com outros órgãos de controle³⁵. É sugestivo que a tímida mobilização social dos conselhos influencie os níveis intermediários e individuais de mobilização.

Diante do exposto, importante contextualizar o momento político, social e sanitário vivenciado pelo País no período de realização do estudo, 2019-2022. Nos governos Temer e Bolsonaro, o Brasil vivenciou um forte ajuste fiscal, desmonte das políticas sociais e consistente ataque às instâncias participativas. No governo Bolsonaro, a democracia do País esteve ameaçada, e adotou-se uma postura de desestruturação da governança participativa.

As reiteradas afrontas à institucionalidade democrática e ao próprio SUS, promovidas pelo governo Bolsonaro, impuseram obstáculos à atuação dos conselhos de saúde e promoveram desestímulos aos processos de mobilização social e atuação das entidades representativas.

Também devem ser considerados os efeitos da covid-19 sobre a participação. Em razão das medidas preventivas de distanciamento, muitos conselhos de saúde tiveram as atividades descontinuadas ou enfraquecidas³⁶. Além do mais, durante o período mais crítico da pandemia, os decisores políticos envolveram apenas grupos de especialistas no processo de tomada de decisão. Assim, ocorreu a secundarização da função deliberativa dos conselhos de saúde com a criação dos comitês de crise, com frágil envolvimento das instâncias participativas. Tal deslegitimação pode ter gerado repercussões para além do momento da pandemia, com o desencadeamento de processos de desmobilização social de longo prazo³⁶.

Por sua vez, cabe, também, refletir sobre a emergência de novos atores na esfera pública e novos processos de mobilização a partir da pandemia. A Frente pela Vida (FpV), que teve atuação inicial voltada para o enfrentamento da crise sanitária, constituiu-se em um forte movimento de mobilização da sociedade para a inclusão da saúde no projeto de desenvolvimento brasileiro³⁷. A FpV consolidou-se como um importante ator social na conjuntura recente, tensionando o Estado na defesa da vida e do direito à saúde³⁸. Também as conferências livres emergiram como uma nova estratégia mobilizadora e de aglutinação de interesses. A Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde, organizada pela FpV, em 2022, inspirou esse modelo de participação que é amplamente utilizado por movimentos sociais em defesa da saúde. É possível que esses novos atores e processos mobilizadores tenham influenciado positivamente as práticas participativas nos municípios estudados, especialmente no período da pandemia.

Considerações finais

Este estudo acrescenta à literatura fatores que podem potencializar a participação social e ampliar os processos de mobilização comunitária em saúde. A partir de três níveis de análise, foi possível identificar os fatores que interferem na mobilização social em saúde. No nível individual, verificou-se a diminuta disposição das pessoas para a participação, que se relacionou com a descrença sobre a participação e sobre a efetividade das ações de envolvimento comunitário. No nível intermediário, foi evidenciado que as entidades pautadas no reconhecimento demonstram maior capacidade de mobilização social do que as entidades representativas clássicas. No entanto, essas entidades atuam mais centradas na defesa de interesses específicos dos filiados do que na defesa de políticas de saúde abrangentes. O nível macro expressa que conselhos de saúde mantêm limitados níveis de participação da comunidade e restrita capacidade de envolvimento das comunidades.

Conclui-se sobre a necessidade de se ampliar os processos de mobilização social no âmbito da saúde. Para o fortalecimento da cultura participativa, é necessário que os espaços participativos sejam valorizados e que as demandas e vozes da população sejam consideradas no processo de tomada de decisão. O fomento à participação também perpassa o fortalecimento das entidades comunitárias e a valorização de políticas abrangentes, sem desconsiderar as necessidades de grupos específicos. Com isso, espera-se despertar o interesse e a confiança das pessoas, a fim de que participem dos movimentos e espaços de discussão, para, com isso, ampliar os processos de mobilização social para a defesa do SUS.

Colaboradores

Barros EM (0000-0001-9699-3825)* e Soares LCB (0000-0002-6992-4928)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos

dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Bispo-Júnior JP (0000-0003-4155-9612)* e Serapioni M (0000-0002-5761-2660)* contribuíram para concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação

da versão final a ser publicada. Silveira NMS (0000-0002-0180-054X)* e Temoteo-da-Silva B (0000-0003-0951-3489)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. ■

Referências

1. World Health Organization. Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: WHO; 2021.
2. Zinszer K, Caprara A, Lima A, et al. Sustainable, healthy cities: protocol of a mixed methods evaluation of a cluster randomized controlled trial for Aedes control in Brazil using a community mobilization approach. *Trials*. 2021;21(1):182. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3714-8>
3. Marston C, Hinton R, Kean S, et al. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bull World Health Organ*. 2016;94(5):376-82. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
4. Bourey C, Williams W, Bernstein EE, et al. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health*. 2015;15:1165. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4>
5. Jalloh MF, Wilhelm E, Abad N, et al. Mobilize to vaccinate: lessons learned from social mobilization for immunization in low and middle-income countries. *Hum Vaccin Immunother*. 2020;16(5):1208-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1661206>
6. Gram L, Daruwalla N, Osrin D. Understanding participation dilemmas in community mobilisation: can collective action theory help? *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(1):90-6. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211045>
7. Rogers T, Goldstein NJ, Fox CR. Social Mobilization. *Annu Rev Psychol* 2018;69(1):357-81. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033718>
8. Fernandes VR, Luz ZP, Amorim AC, et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):3173-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017>
9. Diani M. The relational preconditions of trust in collective action fields. *Int J Comp Sociol*. 2023;65(4):517-36. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207152231220602>
10. Klandermans B. Mobilization and Participation: Social-Psychological expansions of resource mobilization theory. *Am Sociol Rev*. 1984;49(5):583-600. DOI: <https://doi.org/10.2307/2095417>
11. Durán PR, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saude soc*. 2014;23(3):884-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Ricci RG. Movimentos e mobilizações sociais no Brasil: de 2013 aos dias atuais. *Saúde debate*. 2018;42(Esp 3):90-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S308>
13. Gomes JF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2021;45(131):1199-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>
14. Farias Filho MC, Silva AN, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(6):1911-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.08062013>
15. Miwa M, Ventura C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. *Saúde debate*. 2020;44(127):1246-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722>
16. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
17. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):183-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00086214>
18. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4829-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02292013>
19. Cohn A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estud av*. 2018;32(93):225-41. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180040>
20. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate*. 2017;41(Esp 3):155-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S312>
21. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
22. Simmons R, Birchall J. A joined up approach to user participation in public services: strengthening the “Participation Chain”. *Soc Policy Adm*. 2005;39(3):260-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00439.x>
23. Charles C, DeMaio S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. *J Health Polit Policy Law*. 1993;18(4):881-904. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-18-4-881>
24. Bispo Júnior JP, Serapioni M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. *J Glob Health*. 2021;11:03061. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03061>
25. Rocha NF, Moreira MR. Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020). *Saúde debate*. 2022;46(Esp 4):26-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E402>
26. Calvo MC, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(4):767-76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>
27. Cidades e Estados Brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [sem data] [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
28. Secretaria de Saúde do Estado (BA) [Internet]. Salvador: OBR; [sem data] [acesso em 2024 nov 12]. Informações da Macrorregião Sudoeste. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha_PDR_2022.pdf/
29. Conselho Nacional de Saúde (BR). Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde-SIACS [Internet]. Brasília, DF: 2022 [acesso em 2024 jul 19]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf>

30. Gabinete do Prefeito (Guanambi). Decreto nº 577, de 8 de dezembro de 2021. Nomeia membros do Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Guanambi. 2021 Dez 13; Ano XIII; Edição 2539; Seção 1:9-10.
31. Gibbs G. *Análise de Dados Qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
32. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
33. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ. Real*. 2017;21(2):177-90.
34. Santos EP, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. *Saude Soc*. 2021;30(3):e200356. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200356>
35. Pereira IP, Chai CG, Dias RS, et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. *Saude soc*. 2019;28(2):111-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180474>
36. Bispo Júnior JP, Moraes MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00151620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>
37. Rizzotto MLF, Costa AM, Lobato LVC. Defender a democracia, o direito à saúde, a vida e o SUS: pauta da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular. *Saúde debate*. 2022;46(133):257-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213300>
38. Fleury S, Moreira AEMM, Barreto M, et al. A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde debate*. 2024;48(141):e8973. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418973P>

Recebido em 22/12/2024

Aprovado em 15/09/2025

Conflito de interesse: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato