



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



**TITULO: CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS  
DISTRITAIS NO MUNICÍPIO DO RECIFE**  
**EJE: Extensión, docencia e investigación**

**AUTORES: Fernanda Kássia Tenório Caldas de Macêdo e Tereza Cristina Oliveira da  
Silva Santiago**

**REFERENCIA INSTITUCIONAL: Universidade Federal de Pernambuco**

**CONTACTOS: [nanandacaldas@hotmail.com](mailto:nanandacaldas@hotmail.com) [terezaconexoes@yahoo.com.br](mailto:terezaconexoes@yahoo.com.br)**

**+5581 97731485 / +558199841801**

## **RESUMO**

Este trabalho tem por objetivo compreender acerca da baixa adesão à participação dos conselheiros distritais de saúde, segmento trabalhador e dos demais segmentos no Distrito Sanitário IV do município de Recife-PE, e no quanto isso reflete a sua representatividade nos espaços institucionalizados. Saber sobre a forma como os conselheiros fazem o repasse das informações na comunidade e/ou nos espaços em que são representados e como associam esses repasses no fortalecimento das lutas sociais e como eles interferem na política municipal. O presente trabalho é fruto de intervenção no campo de estágio, primeira experiência do curso de Serviço Social na atenção primária à saúde, realizado na Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio, através do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET – Saúde da UFPE em parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife entre os anos de 2010 e 2011. Para elaboração desse trabalho foram utilizados observação dos fatos, a partir da presença nas reuniões mensais do conselho distrital de saúde IV, com registros no diário de campo e conversas informais, documentos de domínio público (legislações, cartilhas e sites). É por meio dos Conselhos de Saúde, que é um mecanismo do controle social, visando à participação da sociedade civil desde as formulações- planos programas e projetos-, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade, ressaltando a contribuição dos conselhos de saúde para o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, através de iniciativas de democratizar a relação do Estado e Sociedade Civil, com o intuito de estimular novos sujeitos políticos na gestão da esfera pública. Os resultados da pesquisa apontam uma fragilização do Conselho Distrital de Saúde, pois nessa atual conjuntura de política neoliberal se colocam limites para o controle social, que



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



de uma forma geral mostra uma relação de Estado- Sociedade marcado pelo consenso, pela parceria o que faz fragilizar os espaços de participação social e acaba deixando de atender as reais necessidades da população, ficando a mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de “currais eleitorais”. No entanto percebe-se possibilidades para que esse mecanismo do Controle Social, os Conselhos, se efetivem como espaço de democratização das políticas públicas.

## **PALAVRAS CHAVES: Participação social. Controle Social. Conselho Distrital de Saúde.**

### **1. INTRODUÇÃO**

Os setores da sociedade brasileira nos anos 80 estavam em plena efusão, em torno das lutas pela redemocratização do País. Vivíamos num estado de exceção, controlado duramente pelos governos militares, onde as liberdades individuais, o direito de reunir em associações era proibido e toda a vida em sociedade era regulada pelo Estado que ficou conhecido como centralizador. Movimentos Sociais, Partidos Políticos, destaque para o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que a época aglutinava vários setores que faziam oposição ao regime, Sindicatos e Associações. Por redemocratização do estado brasileiro, entende-se nesse momento, com o fim do estado autoritário e concentrador; características assumidas pelo governo militar que governou o Brasil entre 1964 e 1985. Estado este que conforme Esmeraldo e Said (2002) havia bloqueado os espaços de representação e participação:

A luta unificada contra o autoritarismo, que reunia os mais diversos setores sociais (movimentos sociais de vários tipos, sindicatos de trabalhadores, associações de profissionais – como advogados, jornalistas -, universidades, igrejas, imprensa, partidos políticos de oposição, etc.) contribui decisivamente para uma visão homogeneizada da sociedade civil, que deixou marcas profundas no debate teórico e político sobre o tema (ESMERALDO e SAID, 2002, p.232)

Lutava-se, sobretudo, pela possibilidade do estabelecimento de uma esfera pública, entendida como espaço de atuação e do acesso da população ao cenário das decisões. Trata-se de um movimento que busca forjar, via participação social, uma nova cultura política, esta que passa a incorporar a participação popular, nas decisões do Estado



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



brasileiro nos termos de Raichellis (1998, p.62), “entendendo-a como espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto entre projetos sociais e de luta pela hegemonia [...] um elemento constitutivo e inerente à esfera pública é sua ocupação por sujeitos sociais investidos de representação, que será tanto mais legítima quanto forem capazes de exercê-la com autonomia e a partir dos interesses sociais que se propõe a representar”.

Têm-se agora, a partir da década de 80, que foi palco de intensas transformações na sociedade brasileira, qual seja o movimento da sociedade civil, pela luta por espaço para participar das decisões do Estado brasileiro, redefinindo as relações entre Estado e sociedade civil, colocando em questão o padrão histórico que caracterizava as políticas sociais do país (fragmentação, exclusão e setorização), a partir de um amplo movimento de forças sociais protagonistas na luta pela democratização dos processos decisórios, intensificando o debate das políticas públicas, especialmente as de corte social.

Trata-se de um processo social, a recente institucionalização da participação social; com a promulgação da Constituição da República de 1988 que lança as bases legais, do que mais a frente será chamada de participação social.

Diante da necessidade de construção de uma nova cultura política no país, a formação e estruturação das instâncias participativas se constituem como uma importante estratégia a ser desenvolvida. Um dos importantes mecanismos que propiciaram a construção dessa nova cultura política no país é a institucionalização dos espaços de participação e controle social. O controle social é, a princípio, uma forma de interlocução regulada e institucionalizada que já tem um considerável grau de aceitação de legitimidade, visto que no período de ditadura militar em que os direitos de liberdade de expressão e participação foram tolhidos durante anos no país.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2. SUS e o Controle Social na Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Antes do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



prevenção de doenças (por exemplo, a vacinação) e à assistência médico-hospitalar para algumas doenças para aqueles que não tinham acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi à primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado".

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Já o INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

É no bojo de todas essas mudanças que estão sendo empreendidas no campo da participação social no cenário das decisões a respeito das políticas públicas, especificamente na participação em saúde com a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde (LOS) vem justamente tratar a respeito da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei foi o marco legal que definiu a organização da participação popular em todas as esferas da gestão do SUS.

Nela estão contidas as definições a respeito da co-gestão do sistema, ficando a partir de então instituídas as conferências e os conselhos de saúde. Detalhe para o seguinte dado, para que haja o repasse do governo federal para a implantação dos serviços de saúde e não só deles, e dos outros serviços que atendem ao acesso a outros direitos sociais, será necessário que haja em funcionamento o conselho municipal da referida política, mecanismo esse que faz parte do movimento de descentralização político-administrativa,



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



que atinge todas as políticas sociais, com o intuito de fortalecer a participação e o controle popular, sobre os rumos das políticas setoriais. Sendo um requisito legal para os repasses, o que acontece é que muitos Conselhos são criados apenas formalmente, se constituindo em mecanismos de legitimação da gestão e passam a ser manipulados desde a sua composição, até a atuação reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos.

A LOS propõe um “modelo descentralizado de gestão da Política de Saúde”, a criação de conselhos nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal) e busca assegurar a descentralização em dois sentidos: (A) entre as esferas de governo e (B) entre o Poder Executivo e a Sociedade Civil. Para garantir estes dois níveis de descentralização, a LOS preconiza que esses Conselhos apresentem duas características básicas: sejam paritários e deliberativos. A composição paritária propicia um equilíbrio quantitativo e supõe um equilíbrio qualitativo entre os representantes do Poder Executivo e da Sociedade Civil” (BRASIL, 1990).

São mecanismos do controle social as Conferências e os Conselhos de Saúde. Vale destacar os aspectos contraditórios desses mecanismos de participação institucionalizados na área de saúde, que segundo Correia (2009 p.125), “apesar de terem sido conquistados sobre pressão podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia”.

Os conselhos de Saúde são espaços de luta entre interesses contraditórios, pela diversidade de segmentos nele representados. De acordo com a Lei 8.142/1990, os conselhos de saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os Conselhos de Saúde, portanto, são espaços de legitimidade do controle social os quais requerem algumas condições essenciais de acordo com o guia de referência para os conselheiros municipais (BRASIL, 2001): autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



Os Conselhos devem ser visualizados como um espaço político, contraditório e de participação social, ou seja, um espaço em que vários segmentos da sociedade são representados e assim contraditórios, que de um lado pode formar consenso, essa idéia respaldada pela concepção liberal, que segundo Bravo (2002, p.48) “os conselhos são concebidos ou como espaço de regulamentação dos conflitos ou como espaço de consenso intersubjetivo, fundamentado em Harbermas<sup>1</sup>, e por outro lado pode possibilitar os segmentos organizados da sociedade civil defenderem seus interesses e necessidades coletivas em torno da política de saúde”.

Cabe aqui destacar que os conselhos não são os únicos espaços de ação para o controle social, é um mecanismo fundamental, mas existem outros mecanismos que podem ser acionados e entendidos como espaços de exercício do controle social<sup>2</sup>:

- O Ministério Público, que “é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional o Estado, incumbida na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (Rodrigues, 1996:8 apud Bravo, 2002:48). O Ministério Público se configuraria num “advogado da sociedade” (ibidem).
- Órgãos de defesa do consumidor, como PROCON, que não só se dedica ao consumidor de bens e objetos, mas também prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde podem e devem ser notificados ao PROCON (BARROS, 1994 apud BRAVO, 2002, p 49)
- Meios de comunicação oficiais, apesar da dificuldade de acesso, e os alternativos.
- Conselhos de profissionais, em que é possível que qualquer pessoa denuncie um mau atendimento no Conselho respectivo (Medicina, Serviço Social, Enfermagem).

---

<sup>1</sup> Para aprofundamento desse espaço destacamos vários autores: Correia (1998), Viana (1998) e Carvalho (1998). Estes se encontram nos artigos da revista Ciência e Saúde Coletiva, que trata da temática do controle social.

<sup>2</sup> Tem como referência: Barros (1994) e Correia (1996) e Matos (2000) apud Bravo (2002, nota de rodapé da p.48)



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



Esses espaços são parceiros na luta pelo controle social. “Concebe-se o controle social não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, já que estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano como deve ser uma política pública de saúde e quais as falhas atuais dos serviços de saúde” (BRAVO, 2002, p.49).

Com a nova conjuntura brasileira, a partir dos anos 90, marcada pelo neoliberalismo, com toda fragilização, focalização das políticas sociais, é fundamental envolver todos os sujeitos sociais preocupados com a política pública de saúde para o fortalecimento do projeto de reforma sanitária, conquistados com a constituição de 1988. O acompanhamento e participação da sociedade nesses espaços é de grande importância nesse processo de luta por garantia dos direitos sociais, e fortalecimento dos mecanismos de controle social.

A participação da sociedade na definição da alocação de recursos destinados às políticas sociais, que estão sendo descentralizadas para os estados e municípios através de fundos específicos, são de grande importância para que estes sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não fiquem a mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de “currais eleitorais” (CORREIA, 2009 p.135).

Com isso é necessário que se elejam representantes comprometidos em participar desses espaços com o intuito de trabalhar para benefício da comunidade e não para atender interesses pessoais ou de alguns grupos conservadores ou corporativistas, por isso há uma preocupação quanto ao envolvimento desses conselheiros nos espaços institucionalizados que segundo Sposati e Lobo:

A questão do envolvimento dos trabalhadores de saúde evidentemente traz outros elementos, como, o interesse das corporações, o ponto de vista de quem opera os serviços de saúde, e não só o de quem os dirige. É fato, também, que a produção de serviços de saúde, na perspectiva democrática e de consagração de direitos, passa não só pela cultura política autoritária, tutelar e clientelista de dirigentes, mas dos próprios trabalhadores de saúde (1992, p. 375).



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



E quanto à organização dessas representações em conselhos: “*é, sem dúvida, um avanço, mas um avanço face ao autoritarismo do passado. É necessário estender o poder da representação popular à construção e gestão da política de saúde*” (SPOSATI e LOBO, 1992, p 374). [...] em relação à representatividade: “deve ter a capacidade de se contrapor, influir, ou assumir efetivamente seu poder de alterar. Num jogo de palavras, essa alteridade deve ter poder de fazer alteração, entendida desde barulho até mudança” (idem, 1992, p 377).

É justamente nesse caminho, através da consolidação desses espaços públicos, que foram tão caros para aqueles que lutaram e ainda lutam pela sua constituição, que a nosso ver há a possibilidade de se consolidar a participação social no país e de se forjar uma cultura do público e da própria participação como algo legítimo, fazendo com que, os espaços de participação, os espaços de discussão dos rumos das políticas públicas que é o caso dos conselhos de direitos e conselhos gestores, tornem-se cada vez mais, locais onde a discussão a respeito das políticas públicas, possa ser feita, contando com a participação ativa, da população que é alvo das políticas. Avançar, consolidando, a esfera pública, espaço este que a nosso ver, não sobrevive sem que haja a efetiva participação, mas, sobretudo uma cultura que possa subsidiar a consolidação da mesma.

## 2.1. Política Municipal de Saúde do Recife

Diante da necessidade de construção de uma nova cultura política no Brasil, o presente trabalho traz uma discussão pautada na importância do controle social e da participação institucionalizada nos Conselheiros Distritais na fiscalização, gestão das políticas públicas de saúde, através dos fóruns deliberativos criados ao longo das quatro últimas gestões da Prefeitura do Recife como as plenárias da Conferência Municipal de Saúde, tomando como análise a participação do segmento trabalhador e dos demais segmentos.

O Recife, segundo o censo demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população de 1.537.704 habitantes. A cidade é considerada totalmente urbana. Seu território está dividido em 94 bairros distribuídos em seis Regiões Político Administrativo (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário que é a unidade gerencial mínima da Secretaria Municipal de Saúde.

Esse município está habilitado na gestão plena do sistema municipal e apresenta a Estratégia de Saúde da Família como o eixo reorganizador da atenção básica. Até



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



dezembro de 2009, Recife possuía 118 Unidades de Saúde da Família com 240 Equipes em atividade, sendo 118 Equipes de Saúde Bucal, o que representava uma cobertura de 54% da população residente no município.

As demandas históricas por saúde no Brasil têm uma incidência maior na população de baixa renda, com saneamento precário, por falta de condições de habitabilidade, de alimentação adequada ou até pela ausência, pelo desemprego em larga escala. Todas essas ausências de políticas geram iniquidades de saúde, pois a população que se encontra dentro desse padrão é a mais afetada e a que mais recorre às Unidades de Saúde (USF), atendimento esse territorialmente adscrito.

As USF atendem um determinado número de famílias cadastradas na área do entorno da unidade, ou seja, se um usuário que não esteja cadastrado na unidade e que não more na área territorializada/demarcada ela não poderá ser atendida. Uma das recomendações adotadas pelo Ministério da Saúde é que o SUS, mesmo tendo o papel universalizante garantido em lei, só atenda em algumas áreas. Por isso, o perfil que se enquadra na atenção básica para o atendimento na unidade são as áreas de maior vulnerabilidade, com o atendimento focalizado.

Desta forma, a atenção básica na Política Municipal de Saúde contempla o atendimento a várias demandas de saúde de parcela da população territorialmente demarcada e menos favorecida econômica e politicamente, visando trabalhar com a promoção da saúde em prol da melhoria da qualidade de vida e de modificar gradativamente o modelo meramente curativista, visando o atendimento à saúde da família como um todo.

Do ponto de vista jurídico, a Lei Municipal de nº 15.773 de 18 de junho de 1993, que é a primeira Lei que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde (CMS) define a participação/representação da sociedade como mecanismo de controle social e define também a Conferência Municipal de Saúde, a qual deverá ser realizada a cada dois anos com representações paritárias, ambos se efetivam a partir de então como mecanismos de gestão e coordenação do SUS no município. Com a promulgação da lei que rege o Conselho Municipal de Saúde.

Cardoso (2004, p.25) explicita que a participação e a representação dos delegados para as conferências nas três esferas: “a participação na área da saúde (participação direta) passando pelas conferências municipais em que já se começa a exercer a democracia representativa, pois nela são escolhidos os delegados que irão integrar as conferências



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



estaduais, as quais, por sua vez, deverão enviar os seus delegados para conferência nacional”.

E a partir da Lei Municipal de nº 17.280/2006 (que revoga a Lei de 1993) são incorporados os Conselhos Distritais e de Unidades. A lei 17.280 amplia as competências dos conselhos, seu funcionamento e regula a tramitação do processo eleitoral dos conselheiros com a realização das Conferências municipais de dois em dois anos.

Os Conselhos Distritais, em consonância com o CMS, também têm o caráter paritário entre usuários, trabalhadores e gestores, integrando a estrutura básica da Secretaria de Saúde. No parágrafo XVII da referida lei exige-se a elaboração do regimento interno publicizado no Diário Oficial do município do Recife.

O Regimento interno elaborado e aprovado pelo próprio CMS procura definir quais são as atribuições e competências do referido conselho, também define e regula as atribuições, competências, organização e funcionamento dos Conselhos Distritais em consonância com a Lei 8.142/90 a qual discute a participação da comunidade na gestão do SUS. Os conselhos em todos os níveis de atuação têm caráter permanente e deliberativo, entre suas competências principais está a de propor ações de aprimoramento dos espaços de participação popular e controle social.

Nos dias atuais mesmo depois da garantia do controle social na saúde, ainda são diversos os problemas que atingem a participação dos conselheiros nos espaços institucionalizados. A baixa adesão nesses espaços, a pouca representatividade e por não ter conhecimento pleno (por parte de alguns representantes) do direito de estar nesse espaço garantidor de direitos se torna um fator alarmante, por isso para as autoras Assis e Villa (2003) reforçam que participação seria:

Um campo em construção com múltiplas possibilidades, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos de saúde, associação de docentes, grupos de mulheres, que poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Lei (ASSIS e VILLA, 2003, p.377).

As autoras Bulla e Leal (2004) complementam sobre o que seria um dos principais instrumentos de participação democrática e defende:



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



Para que a sociedade civil construa uma representação realmente democrática e participativa, é necessário que os representantes criem canais de interlocução permanente com os segmentos representados e as suas intervenções sejam pautadas na defesa de interesses coletivos e não de interesses particulares (BULLA e LEAL, 2004, p 4).

A participação dos conselhos via institucionalização se faz necessário para que seja garantido o controle social:

Na institucionalização, o pressuposto subjacente é o reconhecimento recíproco por parte do Estado e da sociedade como interlocutores legítimos e com um mínimo de eficácia dialógica. No entanto, as formas institucionais de participação não instauram magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder nem eliminam as desigualdades de potência reivindicatória entre segmentos sociais. A oficialização das instâncias participativas, assim como seu reconhecimento jurídico e sua institucionalização, tendem a produzir regras mais claras de acesso, funcionamento e atribuição”. (CARVALHO, 1995, *apud* SCOREL, MOREIRA, 2008, p.985).

## 2.2. Conselho Distrital de Saúde

A partir de novembro de 2003, foi editada a Resolução nº 333 (BRASIL, 2003) com novas diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, prevendo a ampliação da participação no âmbito dos conselhos de saúde, quer dizer propõe a criação dos conselhos distritais de saúde, sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente.

Os conselhos distritais, na cidade de Recife, foram criados a partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 2003. Dentre os seis colegiados criados, vamos destacar o Conselho do Distrito Sanitário IV (CD-IV), em razão da realização do estágio no PET-Saúde e ter acompanhado a participação social neste nível. O Distrito Sanitário IV fica localizado a Oeste do município e contempla cerca de 272.945 habitantes, o que corresponde a 17,78% da população recifense, cuja área de atuação abrange 12 bairros, divididos em 3 (três) microrregiões: a 4.1(quatro ponto um) distribuídos entre os bairros de Iputinga, Prado, Ilha do Retiro, Madalena, Zumbi, Torre e Cordeiro dando um quantitativo de 161.163 habitantes, a microrregião 4.2 (quatro ponto dois) distribuída entre os bairros do Engenho do Meio e Torrões corresponde a 40.070 habitantes e a microrregião 4.3 (quatro ponto três) distribuída entre os bairros da Várzea, Cidade Universitária e Caxangá, o que corresponde a 71.712 habitantes. (PLENÁRIA DO DS IV – 12/06/2011)



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



A finalidade dessa distribuição é promover maior aproximação entre as unidades de saúde da família e a população e para que os mecanismos de discussão, denúncia, controle social. Os conselhos distritais têm, portanto, um papel estratégico na rede de serviços de saúde municipal, estabelecida para a gestão da saúde com participação popular.

A 9ª Conferência Municipal de Saúde debateu em prol da garantia dos direitos sociais e do controle social, cujo tema de chamada foi: “Fortalecendo a participação social para a consolidação do SUS”, foi realizada no Centro de Convenções da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, entre os dias 06, 07,08 e 31 de outubro de 2009. De acordo com o relatório final da conferência, as propostas aprovadas foram divididas em 6 eixos:

- 1- Consolidação e aperfeiçoamento da atenção básica;
- 2- Desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para grupos específicos;
- 3- Consolidação e aperfeiçoamento da atenção à média e alta complexidade;
- 4- Desenvolvimento da assistência farmacêutica;
- 5- Consolidação e aperfeiçoamento do modelo de vigilância à saúde;
- 6- Gestão do SUS

As propostas aprovadas nessa última conferência totalizam 551, associando esse quantitativo às pautas das reuniões distritais pouco delas foram colocadas e deliberadas, porém no período em que acompanhamos as reuniões mensais algumas propostas chegaram a fazer parte das pautas das reuniões, porém de uma forma limitada, ou pouco debatida (não repassada nem estudada em consonância com a cartilha da referida conferência após a sua aprovação).

Destaque maior, diante de muitas demandas a serem colocadas em pauta, são as propostas voltadas para o último eixo que trata da preocupação com a gestão das políticas de saúde e o controle social. Uma das preocupações constantes dos conselheiros distritais são as ausências freqüentes de alguns conselheiros, ocasionando em algumas reuniões a falta de quórum para a sua efetivação e limitando esse valioso espaço de debate sobre os problemas de saúde, a repasses de atividades desenvolvidas no distrito, não desmerecendo esses repasses. Há uma demonstração/preocupação por parte dos conselheiros distritais



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



que participam assiduamente nas reuniões para que os faltosos não ultrapassem um teto limite a fim de que as reuniões não fiquem comprometidas.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 3. Conselho de Saúde Distrital IV do município de Recife-PE: análise de uma realidade

#### 3.1. Participação no Conselho de Saúde Distrital IV

A participação do Conselho Distrital IV, espaço de intervenção na qual nos impulsionou a participamos das reuniões mensais que acontecem na Sede do Distrito Sanitário IV, fruto de nosso Projeto de Monografia e agora do Trabalho de Conclusão de Curso, nos fez perceber que na atual gestão a adesão dos conselheiros nesse espaço se apresenta de maneira fragilizada.

A participação dos CDS, no período em que realizamos estágio (outubro de 2010 a junho de 2011) percebemos que as pautas colocadas nas reuniões mensais não estavam em consonância com as deliberações da 9ª Conferência Municipal, tornando o espaço de controle social em saúde, em um espaço meramente formal, visto que o critério de repasse das verbas em saúde só são liberados para os conselhos mediante seu funcionamento.

Segundo informações dos/as próprios conselheiros/as a participação se limita a uma representação institucional associada por parte de alguns deles/as ao partidarismo, o que faz com que alguns conselheiros também estejam envolvidos em várias atividades consecutivas ao mesmo tempo, ocasionando a ausência nas reuniões mensais ou não as priorizando, gerando uma vacância significativa. Dagnino diz que:

Essa multiplicidade inclui desde logo, evidentemente o Estado não apenas considerado como conjunto de forças que ocupam o poder nos vários níveis (municipal, estadual e federal), mas, especialmente, a estrutura estatal, cujo desenho autoritário permanece largamente intocado e resistente aos impulsos participativos. Incluem também os partidos políticos, mediadores tradicionais entre a sociedade civil e o Estado. A distância entre sociedade civil e os partidos, a insatisfação generalizada com a política partidária [...] indicam a precariedade dessa função medidora" (DAGNINO, 2002, p 279).

O conselho existe formalmente, mas os conselheiros/as têm dificuldades de exercer o seu papel, tem autonomia relativa, mesmo sendo garantido por lei. Sendo o papel de legitimidade, de caráter deliberativo e paritário, muitas vezes sem uma prévia consulta para



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



o que são verdadeiras atribuições dos conselheiros distritais e mesmo eles reconhecendo que deva haver uma interlocução entre ambos. O Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Distrital (no momento as demandas são geradas de forma atropelada) e eles não sentem que cumprem o seu real papel fiscalizador da política de saúde, com a participação na gestão, monitoramento dos recursos, fiscalização, etc., isso tudo faz com que essa seja uma das principais lacunas da Política de Saúde Municipal. Por isso, no relatório final da 9ª conferência Municipal de Saúde do Recife, no item 6 (RECIFE, 2009, p 29), onde fala do controle social, uma das reivindicações dos conselheiros a nível municipal foi justamente a de incorporar os conselhos nos processos de elaboração da política de saúde.

Mesmo sendo uma gestão de partido popular de esquerda, nas últimas três gestões, a participação dos conselhos distritais ainda se dá de forma restrita nos processos decisórios, assim “os diferentes contextos os quais tem sido implantado têm produzido formatos e resultados diferenciados, mesmo em cidades governadas sob os pressupostos da gestão democrático-popular, que por princípio valoriza e estimula a participação popular nas decisões públicas” (DAGNINO, 2007, p 26). |

Os conselheiros distritais, por vezes, argumentam que há uma diferença dos incentivos da participação efetiva dos conselheiros distritais na gestão do antigo prefeito João Paulo em comparação ao atual prefeito, João da Costa, “[...] uma hipótese explicativa que vincula essa tensão à maior ou menor aproximação, similaridade, coincidência, entre os diferentes projetos políticos que subjazem às relações entre Estado e sociedade civil. Em outras palavras, o conflito e a tensão são maiores ou menores dependendo de quanto o compartilham – e com que centralidade o faz – as partes envolvidas” (DAGNINO, 2002, p. 280).

Nestes termos compreendemos que a baixa adesão desses conselheiros nos espaços institucionalizados também se dá por isso e por uma série de fatores. Segundo os próprios conselheiros relataram: partidarismos, excesso de funções por parte dos conselheiros, a não substituição de nomes para as novas gestões (continuísmos de quem esteve ausente, o que fere o regimento interno), a ausência dos suplentes em algumas funções, tudo isso desencadeia num esvaziamento significativo o qual resulta na falta de quórum em algumas reuniões observadas durante o estágio.

Outro fator relevante é a ausência de sentimento de pertencimento dos Conselheiros Distritais, por alguns não saberem da sua real função naquele espaço, o que também gera a baixa adesão da participação.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



A participação dos CDS está limitada a questões pontuais, parte significativa das reuniões mensais em que realizamos um acompanhamento e observação participante (intervalo esses alternados com a falta de quórum em algumas reuniões). Outras reuniões ficaram voltadas para repasses e apresentação de alguns Programas como o Recife em Defesa da Vida e o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD). Parte das reuniões também se limitou ao repasse do que o CMS tem feito. Os temas tratados terminam não sendo os temas tirados na 9ª Conferência Municipal de Saúde, o que demonstra certa fragilidade dos conselheiros.

Os conselheiros distritais na sua atual composição estão são divididos por segmentos gestor compostos por 6 representantes do poder executivo entre titulares e suplentes, pelo segmento trabalhador composto por 4 representantes (titulares e suplentes) e todos trabalhadores de USF, do segmento usuário direto composto por 6 representantes da sociedade civil e por fim o segmento usuário composto por 6 representantes de entidades dentre os quais são: Comissão Independente de Roda de Fogo (COSIROF), Troça carnavalesca (Bacalhau do Beco), Organização Não Governamental (ONG), Recuperart, União de Mulheres e Homens de Apoio da Vila Santa Luzia, Associação de Moradores (Brega e Chique).

Com relação ao segmento Gestor, estes não são empossados via eleição direta, indicados pelo poder executivo. Já o segmento de trabalhadores da saúde destacam-se alguns aspectos: não composição de entidades e de sindicatos, demonstrando pouca mobilização para participar dos conselhos e também a dificuldade de o Movimento Sindical pensar a cidade e as políticas públicas, desconhecimento desse espaço, indicação dos representantes pelo poder público e representante possuir cargo comissionado, e ainda mostrando que todos os conselheiros desse segmento são escolhidos diretamente pelas unidades de saúde, não sendo representantes de entidades de trabalhadores da saúde. Todos esses aspectos dificultam a atuação e representação de muitas entidades e sujeitos coletivos das comunidades, fazendo com que muitas vezes os repasses não aconteçam e a mobilização de novas demandas seja fragilizada.

Com relação à composição dos usuários do Distrito IV, nas reuniões mensais era visível a ausência dos representantes das entidades eleitas, como aspecto importante destacar que não há participação de movimentos sociais e partidários. Mostrando a fragilidade da articulação entre movimento popular, movimento sindical e partidário.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



Esta composição expressa à dificuldade de muitos sujeitos coletivos não estarem participando mais efetivamente dos Conselhos de Saúde, o que fragiliza a luta efetivada desses espaços. Segundo Bravo (2002, p.56), “levanta-se a hipótese ser este fato decorrente da chamada “universalização excludente” que tem retirado as camadas médias urbanas da prestação dos serviços públicos de saúde em função das filas e precárias condições de atendimento, estimulando a filiação dessas camadas em planos privados de saúde”.

Situamos os Conselhos de Saúde como espaço para a democratização das políticas sociais. É um mecanismo de controle social sobre as ações do Estado, exercido pela organização da Sociedade Civil representados em sua composição e com caráter legalmente deliberativo sobre a política de saúde e sobre seus recursos.

Ressaltamos que é importante esclarecer que a Sociedade Civil da qual estamos falando não é homogênea, nela estão presentes interesses antagônicos dos sujeitos coletivos nela representados.

O que a concepção liberal prega que está bem presente nos dias atuais, é considerar a Sociedade Civil homogênea e portadora de práticas sociais consensuais, negociadas com o Estado, este se tornando um parceiro, formando-se novas relações baseadas em consensos interclasses. Nessa concepção o Controle Social fica limitado, forjando um consenso que coloca a Sociedade Civil como responsável por bens e serviços, antes de responsabilidade do Estado, o que chamamos hoje de “*Terceiro Setor*”. Essa parceria “*refilantropiza*” a assistência, reduz as políticas sociais e privatiza e mercantiliza a saúde.

Assim nessa atual conjuntura marcado pela Política Neoliberal, se colocam limites para o exercício do controle social. A análise realizada no Conselho Distrital de Saúde do Distrito Sanitário IV coloca-se questões que precisam ser enfrentadas, e percebemos que essas questões são bastante semelhantes com a realidade de muitos outros conselhos do país<sup>3</sup>. A saber:

- o poder público não tem respeitado as deliberações dos Conselhos e Conferências;
- as leis que regulamentam o funcionamento dos Conselhos não têm sido respeitadas;

---

<sup>3</sup> Essas questões foram retiradas do texto de BRAVO (2009, p.59), que trata de uma análise dos Conselhos Municipais do Rio de Janeiro, as quais se mostram semelhantes aos limites encontrados no nosso estudo.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



- o funcionamento do mesmo tem priorizado a burocratização das ações;
- os Conselhos tem se posicionado de forma tímida em relação á agenda neoliberal;
- a sociedade civil organizada não tem ainda plena consciência política da importância do Controle Social;
- o Conselho de forma geral tem dado pouca contribuição à democratização da esfera pública;
- falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de se defrontar com o executivo.

Para enfrentamento dessas questões tem-se apresentado como propostas a investigação sobre o Controle Social, por meio de mais estudos, pesquisas que possam embasar o conhecimento e atuação nesses espaços, assim como a efetivação de assessoria aos conselheiros de saúde.

No entanto, para que esses estudos e assessorias sejam realizados, devem se nortear pela percepção da relação de Estado- sociedade nos conselhos, isto é, partilhar da concepção dos Conselhos como espaços de conflito, de embates políticos para efetivação de direitos e não como espaço de consenso, de controlar conflitos e parceria de Estado e Sociedade. Valorização dos movimentos sociais, como bastante relevantes na constituição e luta por direitos da população, mas tendo a clareza que de que os Conselhos não substituem os movimentos sociais, nem os partidos políticos.

Outro aspecto que não podemos deixar de tocar é a eleição das entidades representativas dos segmentos usuário e trabalhador, nos Conselhos de Saúde, aqui concordamos com a análise de Campos e Maciel (1997) *apud* Bravo (2002):

A escolha dessas entidades nem sempre tem levado em consideração critérios como tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento. A inobservância a esses critérios tem incentivado a participação elitista, burocrática, e os representantes têm atuado de forma pessoal, subjetiva e arbitrária, não debatendo com a base de suas entidades as temáticas tratadas nos Conselhos (BRAVO, 2002, p. 60).



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



Ressaltamos que os mecanismos de Controle Social sobre as ações do Estado são mecanismos de democracia que têm limites, tanto podem favorecer a ordem do capital ou favorecer a classe subalterna, a depender da força de organização e articulação política, por isso reforçamos seu caráter contraditório. Porém esse controle não é suficiente para contrapor a ordem do capital, mas podem contribuir em instrumentos de gestão ou de resistência à reprodução ampliada da acumulação do capital. São espaços de acompanhamento e participação da sociedade em volta das políticas sociais, e é nesse sentido que devem ser fortalecidos e ampliados.

Os Conselhos são espaços que não podem ser desprezados numa realidade como a brasileira, em que o público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria, ainda se concentram nas mãos dos gestores, tratando-os com sigilo como se fossem privados. Por isso entendemos que os mecanismos de Controle Social são importantes para a participação coletiva e de criação de novas relações entre governos e cidadãos, e principalmente, de construção de um processo contínuo de esferas públicas autônomas e democráticas no campo das decisões políticas.

## CONCLUSÃO

Os resultados do Trabalho de Conclusão de Curso apontam que, em geral, o controle social via participação representativa no campo da saúde se configuram de maneira fragilizada e pouco mobilizada em consonância com a Sociedade Civil como um todo. Fato esse em que os conselheiros ao participarem das tomadas de decisões nas reuniões mensais se apresentaram diante do segmento gestor (representante do Poder Executivo) de forma amadora e pouco questionador-interventiva. No que se refere à saúde, de acordo com a Promulgação do SUS e com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990 e a Lei 81.142/1990) os quais reiteram a participação da sociedade nos espaços de controle social, tudo isso fruto de mobilizações em massa e de constantes formações e atualizações com a política vigente, o que fortalecia as suas disputas por garantia de direitos. Esses mecanismos garantidos em lei diante da Política Liberal vêm se mostrando limitados e pouco debatidos nesses espaços, o que acarreta uma baixa adesão da participação.

Todavia, vale ressaltar que, os espaços de controle social garantidos em lei necessitam de uma intervenção política, qualificada e técnica, como estratégia garantidora das suas reivindicações. Conforme havia acontecido no início da Reforma Sanitária o que garantiu a implementação do SUS e da LOS.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



No que se refere às dificuldades encontradas, à medida que esses espaços de controle social se encontram ociosos com a ausência de parte dos conselheiros, esse fato abre um precedente a mais para um maior enfraquecimento na atuação por parte dos conselheiros que participam e como as pautas são apresentadas e defendidas pelo segmento gestor. Relatamos as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros em garantir a participação, no caso das ausências dos titulares a participação dos suplentes, visto que isso também demonstra a pouca mobilização com as entidades e com a sociedade.

É importante perceber que essa concepção de *Estado participativo* é bem recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura neoliberal, que desmobiliza a participação popular e defende o *Estado Mínimo*- ausente nas políticas sociais.

Como nós colocamos no primeiro capítulo há uma disputa entre dois projetos societários, no caso da saúde, um que preconiza os ideais da Reforma Sanitária, presentes na Constituição de 1988, e outro que defende a privatização e mercantilização da saúde. Entendemos a gestão democrática como uma questão fundamental a ser enfatizada para fortalecer o projeto de Reforma Sanitária. Destacamos algumas estratégias para fortalecer este projeto, de acordo com Bravo (2002, p.61):

- Democratização das informações relativas à saúde;
- Realização de encontros populares de saúde e/ou pré-conferências;
- Rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde e/ou Fóruns Populares de Políticas Sociais;
- Articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores e saúde;
- Capacitação dos conselheiros na perspectiva crítica e propositiva.

Esperamos, com isso, contribuir para a ampliação do diálogo entre Academia e Estado, no que diz respeito às discussões sobre a participação em saúde via conselhos, uma vez que a produção nesse campo ainda é pouco explorada.

## REFERÊNCIAS



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



ASSIS, Marluce Maria Araújo, VILLA, Tereza Cristina Scatena, SPOSATI, Aldaíza, LOBO, Elza. *Controle social e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/dez, 1992. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Latino-am enfermagem 2003 maio-junho; 11(3): 376-82.*

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Projetos de Promoção da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília; 2001. [online]

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 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 de dezembro de 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339

BRAVO, Maria Inês Souza Org. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortês; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2009, p.88-110.

BULLA, Leonia Capaverde, LEAL, Maria Laci Moura. *A participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Assistência Social: o desafio de uma representação democrática*. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 3, ano III, dez. 2004.

CARDOSO, Ruth. *Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. Evelina Dagnino, (org.). São Paulo; Brasiliense, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: Serviço Social e Saúde. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2009, p. 111-138.

DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades*. São Paulo; Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, Evelina. TATAGIBA, Luciana Org. *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos, 2007.

SCOREL, Sarah. MOREIRA, Marcelo Rasga. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2008.

ESMERALDO, Gema Galgani S. L, SAID, Magnólia Azevedo. Conselho Cearense de Direitos da Mulher/CCDM - Espaço de Interlocução entre as Demandas dos Movimentos de Mulheres e o Estado. In: *Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades*. São Paulo; Paz e Terra, 2002, p.229-277.



IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em 2 de junho de 2011.

RAICHELIS, Raquel. Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social. São Paulo; Cortez, 1998. 1ª Ed.

\_\_\_\_\_. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde do Recife. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Final. 9º Conferência Municipal de Saúde do Recife. Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS. Realizado no Centro de Convenções da Universidade Federal de Pernambuco, entre os dias 06, 07, 08 e 31 de Outubro de 2009.

SPOSATI, Aldaíza, LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378 out/dez, 1992.