

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DEMOCRATIZAR O
CONHECIMENTO PARA UMA PARTICIPAÇÃO CRÍTICA NO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE BEBERIBE**

**SOCIAL CONTROL ON SINGLE HEALTH SYSTEM: DEMOCRATIZE
KNOWLEDGE FOR A CRITICAL PARTICIPATION AT BEBERIBE'S
MUNICIPAL HEALTH COUNCIL**

Ana Cristina Sales dos Santos¹

Ravelle Gabriel de Oliveira²

RESUMO: Este artigo versa sobre a participação popular no controle social da política de saúde no município de Beberibe e a necessidade de democratizar o conhecimento e instrumentalizar tanto os conselheiros municipais de saúde quanto a população acerca da temática. Inicialmente, destacamos o percurso da política de saúde no Brasil, desde o modelo sanitarista campanhista até a promulgação da Constituição de 1988, quando a saúde é considerada universal, direito de todos e dever do Estado, estabelecendo um marco histórico para a política de saúde. Ainda apresentamos a realidade do conselho de saúde de Beberibe, seus limites e possibilidades. Trabalhamos a partir do conceito de participação popular, controle social e a importância do empoderamento de conhecimento da comunidade para o fortalecimento do Conselho de Saúde. Como resultado do estudo reafirmamos a necessidade de capacitar os conselheiros e a comunidade em geral a fim de socializar o conhecimento e fomentar a discussão/participação acerca da política de saúde, do conselho de saúde e dos direitos sociais.

Palavras-chave: Controle Social. Conselho. Saúde. Direitos Sociais. Empoderamento.

ABSTRACT: This article seeks to promote a study of the need for popular participation in health politic's social control in Beberibe and the necessity to democratize knowledge and equip the municipal council of health as well as the population about the theme. At first, highlight the route of health politic in Brazil since the sanitary model campaigner until the promulgation of the 1988's constitution, when come the idea of health as a right for all and state duty, being a landmark for health politic. We still present the reality of Beberibe's health council, its limits and possibilities. Working up the concept of popular participation, social control, and the importance of empowerment of community knowledge to strengthen the Council of health. As a result of the study, confirmed the necessity to empower the counselors and the community at large to socialize knowledge and bring discussion / participation about health politics, health council and social rights.

Keywords: Social Control. Councils. Health. Social rights. Empowerment.

¹ Especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária pela Ratio Faculdade Teológica e Filosófica. Assistente Social do Município de Umirim- CE. Atuou como Secretária Executiva no Conselho Municipal de Saúde nos anos de 2013 a Janeiro de 2015.

² Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Ceará. Assistente Social do Município de Umirim-CE.

INTRODUÇÃO

A democracia brasileira teve grandes avanços durante todo o processo histórico, necessitando, portanto que os órgãos públicos adotem novos modelos de gestão que deem respostas aos movimentos que buscam uma maior participação da sociedade civil na organização das políticas públicas.

Na área da saúde novos modelos de gestão surgem a partir de um processo de lutas encandeado pelo movimento da Reforma Sanitária, no qual é enfatizada a importância da participação popular no controle da política de saúde.

Com base nos estudos de Bravo (1996, 2001 e 2013) e Aguiar (2011) fizemos um breve histórico da política de saúde do início do século XX até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que resulta de um conjunto de embates políticos organizados por diferentes atores sociais, enfatizando os diferentes conceitos de saúde na visão do Estado.

Utilizamos, em especial, os conceitos dos autores Fernando Lock (2014), Manoel Almeida (2014) e Maria Valéria Correia (2006) para trabalhar participação popular, controle social e conselho como mecanismo de exercício do mesmo. Elencamos também alguns conceitos baseados na Constituição Federal de 1988 e na legislação que regulamenta a política de saúde.

Na elaboração deste artigo utilizamos como fonte para a pesquisa bibliográfica textos e artigos disponíveis em base de dados na internet, livros, Constituição Federal de 1988, Legislações, resoluções e decretos pertinentes à política de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Beberibe foi criado pela Lei Municipal 297 de 07 de abril de 1989 e alterada pela lei 959/08, conta com 28 conselheiros titulares, desses 07 são representantes do Governo, 07 representantes dos profissionais de saúde, 11 representantes de usuários dos distritos sanitários, que representam a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Sede, Itapeim, Parajuru, Serra do Félix, Juazeiro, Caetanos, Boqueirão do Cesário, Sucatinga, Paripueira, Uruaú e Forquilha e 3 representantes de entidades sindicais e associações.

Sobre a dinâmica do Conselho de Saúde, existe um calendário de reuniões mensais, como prevê o regimento interno e, de acordo com a necessidade, são

convocadas reuniões extraordinárias. Um problema pertinente na realização de reuniões do Conselho está na dificuldade de garantir transporte para o deslocamento dos conselheiros que residem nas localidades mais distantes, pois os mesmos, muitas vezes não dispõem de recursos para chegar a Sede do Município.

O Conselho Municipal de Saúde ainda não tem recurso próprio, ficando assim, aguardando liberação de transporte da Secretaria de Saúde, há um projeto em andamento para incluir um percentual na lei orçamentária do município, mas ainda não há nada regulamentado em lei local, pois nas diretrizes da resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde fica regulamentado que o Governo garantirá autonomia para o funcionamento dos Conselhos, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

RESGATE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE: DO MODELO PATERNALISTA À CONSAGRAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A trajetória histórica dos modelos de atenção à Saúde no Brasil, observadas as relações socioeconômicas e a política de saúde estabelecida, encontramos basicamente, duas etapas até a consagração do Sistema Único de Saúde (SUS). No início do século XX o modelo sanitarista campanhista baseado em campanhas sanitárias para combater as epidemias rurais e urbanas, com implementação de vacinação obrigatória e desinfecção de espaços públicos e domiciliares. Em 1923 com a lei Eloy Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) responsáveis pelos benefícios e serviços de saúde sendo consideradas os embriões da previdência (AGUIAR, 2011).

Em um segundo momento, temos o modelo Privatista com foco na doença baseado no modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e que “teve seu início na década de 1920 sob a influência da medicina liberal e tinha o objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais, na forma de seguro-saúde/previdência” (MATTA; MOROSINI, 2008, p.40).

Em 1930, no Governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde responsável por coordenar as ações de saúde pública aos moldes do modelo do sanitarismo campanhista. Houve em 1933 a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), esses vinculados ao Ministério do Trabalho e criados não mais por Empresas e sim por categorias profissionais.

Houve nesse período uma dicotomia quanto às ações de saúde, por um lado às ações curativas e individuais dos IAPs e de outro as campanhistas de caráter coletivo, ressalta-se também que a população de maior poder aquisitivo era atendida pelos serviços privados, enquanto a população pobre pelos poucos serviços públicos e por instituições de caridade (AGUIAR, 2011).

Identifica-se nesse período uma política de saúde organizada em dois subsetores: o de saúde pública (modelo sanitário campanhista) e o de medicina previdenciária. Este modelo de política predomina até meados de 1960, mudando com a criação de condições sanitárias mínimas para a população de áreas urbanas (BRAVO, 2013).

Em 1966 foram unificados os IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, uniformizando os benefícios para todas as categorias profissionais. Após esse período ocorre uma “expansão da assistência médica da previdência a partir da inclusão dos trabalhadores rurais (1971), das empregadas domésticas (1972) e dos trabalhadores autônomos (1973)” (AGUIAR, 2011, p.30).

As mudanças na saúde pública seguem com modestas conquistas, até início dos anos 70 quando houve uma maior expansão dos serviços públicos. As transições ocorridas após esse período não se deram de forma simples, foram resultado de inúmeras lutas de movimentos sociais, principalmente pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foi iniciado ao longo dos anos 1970 e preconizava a reformulação do sistema de saúde através de um sistema único, propondo também “uma relação diferente do Estado com a Sociedade. Incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde” (BRAVO, 2001, p.198).

No governo de Geisel as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) ganharam espaço no cenário brasileiro e voltam a aparecer como espaço de debate. Nesse período ocorreram as V e VI CNS, respectivamente em 1975 e 1977, surgiu a partir daí a tese da participação popular e propostas para difusão da Medicina Comunitária (BRAVO, 1996).

Em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma Ata firma à necessidade da participação da sociedade na promoção da saúde:

[...] Os cuidados primários de saúde: Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades [...] (ALMA-ATA, 1978, p.2).

Outro grande momento desse período de lutas foi à realização da VIII Conferência de saúde em 1986, na qual foi considerada o evento sanitário mais importante da segunda metade do século XX, enfatizando um conceito amplo de saúde; a saúde como dever do Estado e direito de cidadania; e a instituição de um sistema único de saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (AGUIAR, 2011).

REDEMOCRATIZAÇÃO E CONSTITUIÇÃO CIDADÃ: MARCO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

No Brasil, atualmente, a dimensão de saúde não é mais vista somente como ausência de doenças, mas como um conjunto formado pela qualidade de vida social, cultural, um direito fundamental, se dá através do SUS, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, na qual esta política passou a formar o sistema de seguridade social juntamente com a Previdência e Assistência Social. O SUS é definido pelo artigo 198 da CF/1988 como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL,1988).

No entanto, mesmo definido com a CF/1988 o SUS só foi regulamentado com a Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços, descrevendo objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS, juntamente com a Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade e sobre o repasse dos recursos financeiros na área da saúde, formam a Lei Orgânica da Saúde³ (BRAVO,2001,p. 202) .

Isto vem mostrar como a efetivação da política de saúde caminha a passos lentos diante do intenso processo de desmonte que sofre desde sua efetivação com a Constituição de 1988. Dentre seus princípios temos: a universalidade, a equidade, a descentralização e a participação da comunidade no planejamento e controle das ações e serviços de saúde.

Na Constituição Federal de 1988 encontramos a implementação da participação popular nos artigos: 194, ao retratar o caráter democrático como objetivo da seguridade social; 198, inciso II que estabelece como uma das diretrizes da política de saúde “a participação da comunidade”.

Com a lei 8142/90 a participação da população na gestão do SUS foi regulamentada, e de acordo com a mesma, o SUS conta em cada esfera do Governo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, no qual define:

O Conselho de Saúde, em 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 (BRASIL, 1990, p.1).

³ De acordo com Bravo (2001, p.202) são duas leis porque na versão original da lei 8080/90 houve vetos sobre o financiamento e controle social que foram supridos pela lei 8142/90.

Através da resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi estipulada a composição paritária nos conselhos, posteriormente modificada pela resolução 333/2003 do CNS estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes dos usuários e os outros 50% de representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

Vale ressaltar que a conquista legal da participação popular na fiscalização e execução das políticas públicas é para Medeiros (2010)

[...] resultado da efervescência política nas décadas de 1970 e 1980, que tinha por consciência a importância de se fazer presente como força de pressão na elegibilidade dos direitos sociais entendendo que tal presença teria que se manter constante, sendo legitimada por aparatos que a respaldassem do ponto de vista legal [...] (MEDEIROS, 2010, p.12).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL X CONTROLE SOCIAL: PASSOS PARA O ENTENDIMENTO E MUDANÇAS NA REALIDADE DA SAÚDE DE BEBERIBE.

A participação social organizada entendida como “um amplo conjunto de intervenções formadas por diferentes forças sociais, com o intuito de orientar a construção, fiscalização e execução de políticas no setor saúde” (ALMEIDA, 2014, p.72), foi um dos principais eixos tratados na VIII Conferência Nacional de Saúde através da perspectiva do controle social, garantida através da Constituição Federal de 1988 é entendida como a participação popular no processo de formulação, controle e execução das políticas públicas de saúde em todos os níveis de gestão.

Para Lock (2004) a participação popular prevista na Constituição ocorre quando o cidadão luta por interesses comuns, deixando de lado seu interesse individual imediato, decidindo junto à administração pública o que é prioridade para a comunidade, fiscalizando, confirmando, reformando ou anulando atos públicos.

A gestão popular do SUS, apesar de muito importante ainda gera muito desconforto, pois se percebe dentro dos conselhos grande alienação e conformismo por parte dos conselheiros e apesar dos avanços conseguidos o funcionamento ainda

representa um grande desafio em virtude das práticas autoritárias e clientelistas existentes na gestão das políticas públicas no Brasil, trazendo prejuízos para sua legitimação e eficácia (AGUIAR, 2011).

Controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios que a regem. Na Administração Pública, o ato de controlar pressupõe examinar se a atividade governamental atendeu à finalidade pública, à legislação e aos princípios básicos aplicáveis ao setor público.

O controle social visto como fundamento do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988, entendido como forma de participação e fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado para melhoria das políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social, é realizado pelo cidadão a partir de sua vivência na comunidade, no trabalho, na escola.

É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde (BRASIL, 2010, p.17).

Trata-se também de importante mecanismo para o fortalecimento da cidadania e contra a corrupção, Fonseca (2009, p.2) define controle social como “um instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas”.

No município de Beberibe o controle social da saúde se dá de forma mais concreta e objetiva dentro dos conselhos (distritais e no municipal), nos momentos de aprovação de prestação de contas, relatórios de gestão ou aprovação de projetos que na maioria das vezes surgem da própria gestão. Percebemos que os conselheiros (usuários) tem vontade de interagir nas decisões da Gestão, mas muitas vezes por falta de conhecimento acabam sendo meros aprovadores de relatórios, projetos e prestações de conta “perdendo” espaço para o conhecimento dos conselheiros que representam a gestão e os profissionais. Surgindo uma contradição diante da concepção de Correia (2006) quando afirma que:

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos -

acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2006, p.125).

O Conselho enquanto espaço público necessita da participação da sociedade civil organizada⁴ (MARX apud SENAD, 2013, p. 302) garantindo o direito que foi conseguido durante tantos anos de lutas. Como órgão do Executivo deve ter garantido através da Gestão o apoio financeiro, material e humano para seu pleno funcionamento.

A Lei Orgânica da Saúde e a Emenda Constitucional 29/2000 cujo objetivo é assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, tornam obrigatória a existência e funcionamento dos conselhos de saúde para que Estados, o Distrito Federal e os municípios possam receber recursos federais.

Entre algumas das responsabilidades dos conselheiros de saúde estão: discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Prestação de Contas; apreciar diretrizes para a política de saúde; apreciar e aprovar programas e ações que serão implantados.

Com o objetivo de fortalecer o controle social no SUS orientando a ação dos conselheiros foi aprovada a resolução 333/2003 do CNS com diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos, propondo suas competências, posteriormente modificada pela resolução 453/2012.

Com base na cartilha sobre conselhos de saúde do Ministério da Saúde elencamos uma relação de conhecimentos básicos necessários aos conselheiros para que atuem de forma mais competente, a saber: Lei de criação dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal; Lei 8080/90, Lei 8142/90; Resolução 453/2012 que substituiu a 333/2003 aprovando as novas diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde; Lei Complementar 141/2012 que regulamenta o §3º do art. 198 da CF/1988 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas em ações e serviços públicos de saúde; decreto 7508/2011 que regulamenta a Lei 8080/90; o Plano de saúde local e o relatório de gestão (BRASIL, 2013).

⁴ Parte da sociedade civil que se organiza na luta por maior inserção na atividade política, legitimada, principalmente, pela ocorrência de duas determinantes: a impossibilidade de resolução dos grandes problemas, que hoje assolam a humanidade, através de ações governamentais ou de mecanismos de mercado (MARX apud SENAD, 2013, p. 302).

De acordo com Bravo (2001, p. 212) “para viabilizar a democratização da saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento do controle social, visando à construção de uma esfera pública de saúde”. Propõe ainda análise teórica sobre o tema e assessoria aos conselheiros de saúde e entidades ligadas aos movimentos comunitários.

Desta forma percebe-se que para uma participação da comunidade no controle dos gastos públicos é necessário também à democratização do conhecimento, uma vez que o conhecimento é a ferramenta primordial para o exercício da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o estudo realizado sobre o tema percebemos que para o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde é necessário qualificação dos conselheiros, principalmente os que representam os usuários. Diante do que foi aprendido citamos Raichelis (2006) que propõe o desafio de:

Repensar a representação dos usuários e investir nas articulações com os movimentos e associações populares, colaborar para estimular sua auto-organização e auto-representação, considerando que os usuários permanecem sub-representados sem grande parte dos Conselhos (RAICHELES, 2006, p.14).

A criação dos Conselhos vistos como uma conquista dos movimentos sociais representa grande avanço na democracia brasileira, mas para consolidar esse avanço precisamos garantir que a população efetive sua participação no controle das ações governamentais, para tanto é necessário conhecer para controlar, não se pode fiscalizar o que não se conhece.

A participação popular é imprescindível para o fortalecimento do controle social sobre as ações do Estado, mas não podemos reduzi-la aos espaços dos Conselhos. Tem-se que usar o Conselho na disseminação do conhecimento para a população e assim gerar na comunidade o desejo de conhecer, fiscalizar e mudar a realidade da saúde de seu município.

Diante dessa proposta surgem algumas indicações sobre a importância de organização de fóruns menos formais, não institucionalizados, que viabilizassem a

participação dos usuários dos serviços, e que pudessem ser instrumentos dinamizadores e ativadores dos Conselhos para que os mesmos pudessem ganhar representatividade e legitimidade social (RAICHELIS, 2006).

O Conselho é um espaço importante para o esclarecimento e educação da comunidade na prática da participação popular e deve ser utilizado também para propiciar

O acesso de segmentos sociais aos espaços onde se tomam as decisões políticas, permitindo desta forma o exercício do controle social como meio pelo qual a participação se tornará efetiva no âmbito das decisões sobre as políticas públicas. Os conselhos podem ser compreendidos como potencialidades para a efetivação da democracia participativa, com prerrogativas para deliberar, controlar e fiscalizar as políticas públicas (DIEGUES, 2013, p.90).

A partir desse estudo, e como encaminhamento para o desenvolvimento de trabalhos futuros, percebemos a necessidade, através de solicitações e anseios expostos nas reuniões pelo conselheiros a organização de uma capacitação tanto para os conselheiros quanto para a comunidade em geral, articulando a população de Beberibe para participação ativa junto à gestão na formulação, execução e fiscalização da política de saúde do Município.

A título de conclusão, reafirmamos a relevância da participação direta, ativa e crítica da população usuária dos serviços de saúde bem como a necessidade de empoderá-la de conhecimento para que seu posicionamento frente às situações vivenciadas no cotidiano seja na busca de garantia dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto, **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, M. G; BARBOSA, D. R. M. **Controle Social no Campo da Saúde: considerações para debate**. Disponível em <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/130>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____ **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

_____ Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Cortez/Editora UFRJ, 1996.

_____ ; MATOS, M. C. (Org.). A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. in **Política social e democracia**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____ . **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 333**, de 4 de novembro de 2003.

_____ . 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 17 a 21 de março de 1986: **Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 04 fevereiro de 2015.

CORREIA, M. Valéria C. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

DIEGUES, Geraldo César. **O controle social e participação nas políticas públicas**: o caso dos conselhos gestores municipais. Revista NAU Social - v.4, n.6, p. 82-93 Maio/Out 2013.

FONSECA, Kênia de Nazaré. **O que é controle social**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-que-e-controle-social/23288/>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.

IBGE. Beberibe-CE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230220>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2015.

LOCK, F.N. **Participação popular no controle da administração pública**: um estudo exploratório. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vIn01/a07vIn01.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, Rio de Janeiro: EPSJV, nº 2.ed.rev.ampl, 2008. <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em 15 de março de 2015.

MEDEIROS, Richelly Barbosa de. Saúde e Gestão Democrática: Uma análise crítica sobre os Conselhos de Saúde. **RECIIS – R. Elet. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v4,n2, p. 9-14, jun, 2010.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais - um desafio a serenfrentado pela sociedade civil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

SENAD. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – 5 ed. Brasília: SENAD, 2013.