



SOCIAL CONTROL IN HEALTH: THE PERSPECTIVE OF A COMMUNITY AROUND A CONCEPT

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: A PERSPECTIVA DE UMA COMUNIDADE EM TORNO DE UM CONCEITO

CONTROL SOCIAL EN LA SALUD: LA PERSPECTIVA DE UNA COMUNIDAD EN TORNO A UN CONCEPTO

Gleiciane da Silva Fonseca¹, Ildone Forte de Moraes², Cecília Nogueira Valença³, Raimunda Medeiros Germano⁴

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of a community in Santa Cruz/RN about the meaning of social control of Brazilian's public health system. **Methodology:** descriptive/exploratory research of qualitative approach, involving 23 residents of Paraíso's neighborhood that were older than 18 years-old and signed the Consent Form of Free Clarification (CFFC). The data collection was done through semi-structured interviews among April and July 2010. The collected data were analyzed using the hermeneutic-dialectic method, in which the reports were repeated among participants supported the creation of themes that were later articulated with theoretical references. The project was approved by the Ethics in Research Committee of the Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) by the CAAE 0059.0.428.000-09 and under Protocol 060/2009. **Results:** the speeches of the interviewees pointed beyond the unfamiliarity of the term. It was observed that most participants did not know the instances of social participation due to lack of promotion and organization of the Municipal Health Council, which caused difficulty in the search for autonomy of the population dealing with feelings of repression and fear. **Conclusion:** there is a need to perform educational activities for the development of more participatory citizens. Health professionals, managers and people need to think about their roles as promoters of a better life. **Descriptors:** social participation; health councils; health education.

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de uma comunidade do município de Santa Cruz/RN sobre o significado de controle social do sistema de saúde pública brasileiro. **Metodologia:** pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 23 moradores do bairro Paraíso, com idade superior a 18 anos. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas entre os meses de abril e julho de 2010. Os dados coletados foram analisados pelo método hermenêutico-dialético, no qual os relatos que se repetiam entre os participantes subsidiaram a definição de temas que posteriormente foram confrontados com a literatura. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), mediante o CAAE 0059.0.428.000-09 e sob o Protocolo 060/2009. **Resultados:** os discursos dos entrevistados apontaram para além do desconhecimento do termo. Foi observado que a maioria dos participantes não conhecia as instâncias de participação social em decorrência da falta de divulgação e organização do Conselho Municipal de Saúde, o que ocasionava a dificuldade na busca de autonomia da população diante de sentimentos de repressão e medo. **Conclusão:** há necessidade da realização de atividades educativas voltadas para o desenvolvimento de cidadãos mais participativos. Os profissionais de saúde, gestores e a população precisam pensar seus papéis como fomentadores de melhores condições de vida. **Descritores:** participação social; conselhos de saúde; educação em saúde.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de una comunidad en el municipio de Santa Cruz/RN sobre el significado del control social del sistema público de salud brasileño. **Metodología:** pesquisa descritivo/exploratoria, de abordaje cualitativo, realizada con 23 residentes del barrio Paraíso mayores de 18 años y que han firmado el Formulario de Consentimiento Libre e Exclarecimiento (FCLE). La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, entre abril y julio de 2010. Los datos recogidos fueron analizados utilizando el método hermenéutico-dialéctico en la que los informes que se repitieron entre los participantes apoyaron la creación de temas que posteriormente se articulan más tarde con referencias teóricas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Rio Grande do Norte (UERN) por el CAAE 0059.0.428.000-09 y bajo el Protocolo 060/2009. **Resultados:** el discurso de los entrevistados señaló más allá de la falta de familiaridad de la palabra. Se observó que la mayoría de los participantes no conocían las instancias de participación social debido a la falta de promoción y organización del Consejo Municipal de Salud, lo que causó dificultades en la búsqueda de la autonomía de la población frente a los sentimientos de la represión y miedo. **Conclusión:** hay necesidad de llevar a cabo actividades educativas dirigidas para el desarrollo de los ciudadanos más participativos. Los profesionales sanitarios, gestores y la población necesitan pensar en su papel como promotores de mejores condiciones de vida. **Descriptor:** participación social; consejos de salud; educación en salud. .

¹Enfermeira. Estudante de pós-graduação em Terapia Intensiva nas Faculdades Integradas de Patos/FIP. Natal (RN), Brasil. E-mail: gleicianefonseca@hotmail.com; ²Enfermeiro. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN). Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: ildoneforte@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela UFRN. Natal (RN). Docente da UERN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira. Doutora em educação pela Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP). Docente adjunto dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem da UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br

INTRODUÇÃO

O controle social se compõe de uma relação política entre Estado e sociedade. Não obstante, o termo é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções distintas entre Estado e sociedade civil. Tanto é empregado para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado, quanto para o controle do Estado sobre a sociedade.¹

A compreensão na ótica da Constituição Brasileira, no âmbito da saúde, difere totalmente da inicialmente empregada pela sociologia.² No contexto da saúde, o conceito volta-se para a participação da população (participação social) na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas.³ Ao contrário, na sociologia é empregado para estabelecer a ordem social pela submissão dos indivíduos a determinados padrões sociais e a princípios morais.¹

Historicamente, o termo passou a ter ênfase no Brasil durante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, momento em que o escopo era afastar o caráter de repressão da população e autoritarismo do Estado para atingir perspectivas de autonomia e cidadania frente às práticas de saúde no país.⁴

Pela Lei nº 8.142/90, a participação foi permitida nas Conferências e Conselhos de saúde.⁵ Contudo, apesar da existência desses meios, pesquisas indicam, atualmente, que a população ainda não participa efetivamente e as causas são atribuídas à falta de organização de alguns Conselhos na divulgação e educação popular, assim como pela cultura do tempo de ditadura ainda presente nos dias hodiernos.^{4, 6-11}

O Brasil tem avançado bastante com a criação do SUS. Sistema o qual, por meio do seu caráter universal, integral e equânime foi capaz de incluir, em pouco mais de uma década, metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde. Também ocorreu uma inusitada elevação da capacidade gestora de Municípios e Estados na produção de ações e serviços de saúde.¹²

No entanto, continua a necessidade de buscar melhorias para esse setor, pois o acesso ainda é segmentado e desigual para os que dependem apenas do SUS. Com efeito, ainda prevalecem as políticas de estrutura centralizadora e burocratizada, em detrimento dos princípios democráticos e cidadãos.¹²

Ademais, as dificuldades estendem-se para

os responsáveis na produção da consciência política da população. Os Conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; o não exercício do seu caráter deliberativo; e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.¹³

Assim, o controle social surgiu como um direito de cidadania para fortalecer mudanças necessárias na política do setor saúde, mas para que a população participe, é relevante o conhecimento sobre os seus próprios direitos de acessibilidade à saúde, sobre esse sistema e sobre o conceito ampliado de saúde. Para que o exercício do controle social se fortaleça, é necessário que os sujeitos políticos envolvidos no processo tenham um efetivo conhecimento do SUS, da legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc.⁴

Diante do exposto, surgiu a seguinte indagação: qual o conhecimento dos usuários do SUS sobre o controle social na área da saúde? Para o esclarecimento de tal problema, objetivou-se analisar a percepção de uma comunidade do município de Santa Cruz/RN sobre o significado de controle social proposto pelo SUS.

Discutir a participação social é relevante, pois há a possibilidade de despertar nos participantes da pesquisa, profissionais de saúde, gestores e população em geral a importância de uma maior aproximação aos ideais, concepções e estratégias para o fortalecimento do sistema de saúde por meio do controle social.

A construção compartilhada de políticas é fundamental para modificar a realidade da saúde vivenciada, tendo em vista que a qualidade de vida pode ser conquistada por meio da população no exercício da cidadania, de atuar na consolidação dos seus direitos. O SUS foi conquistado a partir de forças da população, através de movimentos de controle social. Nesse sentido, destaca-se essa união, como ocorrera na Reforma Sanitária, para a formulação de políticas na área da saúde e para diminuição das desigualdades sociais.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e exploratória, com estudo de campo e abordagem qualitativa, desenvolvida em uma área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Paraíso, do município de Santa Cruz/RN. Conforme dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o local possuía aproximadamente 2.350 habitantes, os quais viviam suscetíveis aos agravos à saúde, tais como: condições precárias de moradia, grandes índices de criminalidade e desemprego.¹⁴

Nessa área, 5,4% das residências não possuíam rede de esgoto ou fossa séptica, o que resultava em dejetos fisiológicos lançados a céu aberto. Quanto ao destino do lixo, a coleta pública era realizada em 89,4% das residências, ou seja, 4,7% dos resíduos sólidos eram queimados ou enterrados e 5,7% eram lançados a céu aberto.¹⁴

Foram realizadas entrevistas individuais, tendo como critérios de inclusão os sujeitos com idades superiores aos 18 anos, que residiam na área da pesquisa e confirmaram a participação voluntária a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Acrescenta-se, inclusive, que inicialmente participaram os sujeitos com autonomia plena, ou seja, os que tinham destaque na comunidade. Eram eles: conselheiros de saúde, agentes comunitários de saúde, professores, dentre outros.

O total de entrevistas foi 23, o qual foi estabelecido pelo critério de amostragem por saturação, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.¹⁵

O período de coleta foi de abril a julho de 2010. As entrevistas aconteceram nas residências dos participantes e os discursos foram armazenados em um gravador digital. Utilizou-se um roteiro semiestruturado e um questionário para os dados socioeconômicos. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, as quais foram manejadas com o objetivo de conduzir os sujeitos às discussões sobre a realidade de saúde vivida, as condições de funcionamento e assistência pública à saúde no município, formas de darolutividade aos problemas sociais, até o questionamento final dos termos controle social e participação social, e os meios de

participação.

Dessa forma, os questionamentos realizados respectivamente foram: o que é saúde? O que você pensa do SUS? Está satisfeito com a atenção à saúde prestada no município? O que pode ser feito para melhorar? A população pode participar de alguma forma? Você conhece o Conselho de Saúde? Sabe onde fica e para quê serve? Já ouviu falar em controle social? E participação social?

Os dados coletados foram analisados pelo método hermenêutico-dialético, que considera como componentes importantes para análise: o contexto sócio-histórico, econômico e a política na qual o grupo social se insere.¹⁶ Após a transcrição das entrevistas, os relatos foram ordenados e organizados a partir de leitura minuciosa do material, o que permitiu *a posteriori* a formulação de temas, os quais foram articulados com outros estudos utilizados no embasamento teórico, para colocar em dúvida as ideias evidentes e produzir os pensamentos conclusivos.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0059.0.428.000-09 e sob o Protocolo 060/2009. Como também foi confirmada a permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN, por meio de uma declaração institucional.

Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes foram atribuídos pseudônimos relativos ao alfabeto grego aos discursos das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a maioria da população não conhecia os termos controle social e participação social: o primeiro termo foi desconhecido por 95,6% dos entrevistados, enquanto o segundo por 82,6%.

Os participantes não conseguiram elaborar respostas com segurança, afirmaram de imediato que desconheciam os termos. Apenas os profissionais da saúde puderam conceituar a participação popular, mas o outro foi desconhecido.

Dessa forma, observa-se a divergência entre o saber dos profissionais de saúde e o dos demais entrevistados, pois mesmo sem definir o controle social, os profissionais

souberam discutir a segunda nomenclatura.

O controle social foi relacionado com o planejamento familiar, com um trabalho social de visita domiciliária. Muitos conceituaram como controle sobre a sociedade, divergindo-o do significado ditado pelo SUS.

Deixe eu ver aqui[...] eu acho que controle social é mais assim, os governantes controlando a sociedade, entendeu? Eu acho que seja isso. (Pi)

Por outro lado, o termo participação social, foi mais facilmente conceituado entre esses profissionais. Percebeu-se um maior conhecimento entre eles, como também segurança e capacidade crítica sobre o SUS e seus princípios. Falaram na introdução da população nas políticas e citaram alguns espaços sociais de participação no município:

Eu acho que falta o povo tomar conhecimento ainda de como participar. Aqui mesmo temos a Casa da Família [...] não existe essa participação da comunidade. (Beta)

Eu sei que o Conselho é pra melhorar a saúde né. Ver o que a população está precisando, mas as pessoas ainda desconhecem, entendeu? (Pi)

Os dados revelam situações mais problemáticas que o simples desconhecimento do significado dos termos citados. A carência na divulgação e organização do Conselho do município, assim como a dificuldade da população na busca de autonomia diante de sentimentos de repressão e medo, também é apresentada como resultado desta pesquisa.

Corroborando com outros estudos que tratam da falta de conhecimento das instâncias de participação⁷⁻⁸, a pesquisa também mostra que a maioria dos entrevistados não sabia da existência, localização e função do Conselho de Saúde do município no qual residiam.

Entretanto, alguns profissionais de saúde que já haviam participado de tal Conselho apontaram diversas dificuldades que a instituição sofre e o que precisa para melhorar o desempenho:

Funciona muito precariamente porque é dominado pelo secretário de saúde, que é o presidente. Se ele quiser pautar qualquer coisa está lá, mas a representação do Conselho não está organizada para pautar questões para serem discutidas no Conselho. Não temos divulgação, as pessoas não conhecem, não sabem a importância do Conselho. Por isso eu não conheço não dou importância e não vou né, porque eu não sei para quê serve. (Ômega)

É uma briga constante e muitas coisas não

são resolvidas porque está tudo entre eles. É aquela questão: ah! Você está aqui no Conselho, mas não saia com a conversa daqui; a gente vai fazer assim e assim. [...] A população não tinha nenhum conhecimento, a reunião geralmente era só pro Conselho. (Beta)

Se fosse dito pra população que tal dia vai ter reunião. O lugar é só um quadradinho que cabe aquele tantinho de pessoas, já pra não dar muita gente, eu acho. (Alfa)

Observa-se a centralização do poder nas mãos do presidente do Conselho, tendo em vista que além de ser o Secretário de Saúde do município era também quem tinha domínio das discussões e os representantes da população não estavam organizados ou não tinham liberdade de levar questões para serem discutidas nas reuniões. A divulgação sobre existência e o papel do Conselho não acontecia, as datas das reuniões não eram informadas para a população e o espaço físico para os debates limitava o número de participantes.

É importante salientar que muitos Conselhos ainda enfrentam precárias condições internas operacionais e de infraestrutura. Mas, quando a participação da população nos Conselhos é baixa, é importante saber se os integrantes não estão, propositalmente, exercendo o seu papel em divulgar as suas atividades.⁹ A classe dominante, com o objetivo de manter interesses próprios pode se corromper e utilizar o seu poder para reprimir a população e distanciar ainda mais a participação social.

Semelhantemente, a defesa dos interesses próprios dos conselheiros prejudica a credibilidade dos conselhos em virtude da adesão de decisões que não são discutidas. Os conselheiros representariam a si mesmos.¹⁷ Assim, a falta de participação da população pode relacionar-se também ao desempenho dos conselheiros que representam a comunidade, ou ainda à ausência de trocas de informação entre a população e os seus representantes.

Outros fatores que podem quebrar a qualidade da representação dos usuários são: a longa permanência dos conselheiros como representantes, o que gera uma tendência à profissionalização nas atividades que desempenham e impede a democratização e rotação do cargo; e o nível de educação/escolaridade dos conselheiros, que além de favorecer o bom desempenho desses sujeitos no conselho, pode apontar para uma elitização.¹⁸

Portanto, o nível educacional mais elevado

do conselheiro, a posição de líder sobre uma comunidade, a longa permanência nos cargos além de alguns privilégios de acesso podem ser motivos que levem os conselheiros a serem resistentes em ceder seus lugares novos membros. Nessa perspectiva, esse círculo vicioso impede o firmamento do controle social.

Segundo a pesquisa, as práticas populares pareciam ser vistas, pela maioria dos participantes, como ações contra o Estado. Como se a participação, ao invés de propiciar a integração de ideias dos diversos sujeitos sociais, fosse nada mais que manifestações contra a gestão. Faltava enxergar a união da população com o poder público para a construção compartilhada de estratégias e a aproximação de melhorias nas políticas de saúde.

Tais fatos guiaram a análise para o pressuposto de que a ausência de informações e de segurança no tocante aos direitos de participação fazia com que o controle social não fosse visto como algo natural na construção das políticas de saúde. Assim, à medida que a visão da população fundamentava algo proibido e ilegal, ela revelaria o medo em se manifestar.

Por outro lado, essa visão de oposição poderia estar presente em virtude de condições vivenciadas por essas pessoas, em que os representantes, ao sentirem-se ameaçados por serem cobrados pela população, acabaram por reprimi-la, como revelou o discurso seguinte:

Bom, como a dominação do povo que se mantém no poder, age com represália, procura retaliar, procura de alguma forma perseguir, as pessoas têm medo, porque são pessoas carentes, elas de repente precisam de uma medicação, de algo da prefeitura, e elas têm medo de se expor. [...] Houve casos de pessoas que foram à prefeitura e alguém disse: olha você vem aqui reclamar, vem cobrar não sei o quê, quando você precisa de remédio a gente dá, quer dizer... reprimindo aquilo que é legítimo, que é a comunidade se organizar para reivindicar seus direitos. (Ômega)

Todavia, o controle social deixou essa concepção de atuar contra o Estado, hoje o que se busca é encontrar soluções e não mais destruir as propostas colocadas em campo.¹⁹ Recorrer ao tempo histórico de ditadura e repressão da comunidade, de 30 anos atrás, para buscar compreensão de uma não participação da comunidade na cobrança de seus direitos também é um propósito factual. O medo de cobrar pelo que é de direito pode estar relacionado aos resquícios, ainda

presentes, dos momentos de dominação vividos em décadas passadas.

A população brasileira foi, por um longo período, afastada dos processos decisórios. Constituiu-se numa cultura de regimes centralizados e autoritários. Por isso, há dificuldade em transformar essa realidade antidemocrática, na qual as instituições de participação social ainda apresentam uma prevalência dos valores autoritários. Nesse sentido, o fortalecimento do controle social precisa ser estimulado e a população brasileira precisa atingir uma cultura nova, agora mais democrática.^{2,9}

A classe oprimida da população não pode se sentir idealistamente oprimida, e muito menos tentar voltar-se contra os opressores. O poder dessa classe pode nascer no seio da população, e esse poder é suficientemente forte para libertar a todos. Quando os opressores querem amenizar a debilidade que acomete a população, quase sempre agem com falsa generosidade, caridade forjada, para que permaneçam no poder e mantenham a injustiça. Todavia, a verdadeira generosidade está na luta para que a população cresça por si própria, trabalhe e transforme o mundo. A negação da falsa generosidade parte da população.²⁰

É imprescindível uma discussão maior sobre a temática, uma mobilização nacional de educação que estimule a divulgação em massa sobre a organização e o funcionamento do SUS. Um movimento que utilize os diversos meios de comunicação, como televisão, rádio, internet, palestras em escolas, dentre outros, tendo em vista que a informação configura-se como ferramenta essencial para a participação da população.⁴

Os sujeitos precisam ter acesso ao aparato de informações para que possam atuar significativamente nas políticas. O controle social irá existir quando realmente a população o fizer. Enfrentar os desafios que cercam os Conselhos de saúde passa pela ação dos próprios usuários, que precisam buscar mecanismos que lhes garantam autonomia e participação.²¹ Os problemas existem, mas os Conselhos são relevantes para o seu próprio aprimoramento, para transformar a matriz cultural da sociedade brasileira, e para o avanço da democracia e do SUS.⁹

Muitas são as ações a serem realizadas para a implantação do SUS na prática, entretanto acredita-se que a união da população possa contribuir significativamente para o progresso da saúde, para diminuição das desigualdades sociais e para construção da cidadania e

democracia neste país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentou resultados além do esperado na problemática estudada. A população não apenas desconhecia os termos referentes à participação social, como também não tinha conhecimento da existência do Conselho do município ao qual residiam, bem como tal instância não contribuía para o desenvolvimento do controle social.

Assim, nota-se a necessidade de práticas educativas em saúde direcionadas à comunidade. A população necessita reconhecer a saúde como direito e estar segura de que a sua participação cidadã é permitida, precisa enxergar-se como responsável na construção de melhores condições de vida.

Os profissionais da saúde por sua vez, como possíveis maiores detentores de conhecimento sobre o SUS, devem compartilhar seus saberes com a população para que ela possa identificar seus direitos e contribuir na elaboração de caminhos para consolidação das políticas de saúde.

Torna-se imprescindível a resolução de todos os fatores que impedem a participação da comunidade como corresponsável na formulação de políticas de saúde. No âmbito dos Conselhos, os representantes da comunidade precisam pensar os seus papéis na divulgação do controle social e das instâncias de participação, além do repasse de informações entre os representados e o Conselho, e o estímulo para que outras pessoas tenham oportunidade de atuar politicamente.

É relevante destacar o papel de cada cidadão nas atividades sanitárias, cada sujeito fazendo a sua parte, para que a soma de todos se traduza em boas conquistas. Para melhorar a qualidade de atenção à saúde em nosso país, é fundamental a construção de reflexões entre toda a sociedade, sobre sua forma de viver, o que cada um está fazendo para contribuir com a qualidade de vida, e como conquistar autonomia e poder na construção de políticas para as resoluções dos problemas da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
2. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de conselheiros municipais de

saúde: solução que se transformou em problema? Saúde Soc [Internet]. 2006 Jan/Apr [cited 2012 May 05];15(1):49-57. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/06.pdf>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: MS; 2006 [cited 2012 May 05]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf.

4. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2007 [cited 2012 May 05];12(3):683-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n3/18.pdf>.

5. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: MS; 1990 [cited 2012 May 05]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

6. Vázquez ML, Silva MRF, Campos ES, Arruda IG, Diniz AS, Veras IL, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 05];19(2): 579-91. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n2/15424.pdf>.

7. Vázquez ML, Silva MRF, Gonzalez ESC, Diniz AS, Pereira APC, Veras ICL, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 [cited 2012 May 05];109: 141-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a17v10s0.pdf>.

8. Silveira JLGC, Campos ML, Berndt RLE. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. Pesqui bras odontopediatria clín Integr [Internet]. 2006 Jan/Apr [cited 2012 May 05]; 6(1): 29-34. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/637/63760106.pdf>.

9. Escorel S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulg saúde debate*. 2008; 43(6):23-8.
10. Damasceno SS, Brito KK, Monteiro CH. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade saúde da família. *Saúde debate*. 2010;34(84): 59-66.
11. Rodrigues DS, Costa GMC, Celino SDM, Martiniano CS. Conselhos municipais de saúde: conhecimento de profissionais de equipes de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 May 05]; 5(8): 1876-83. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1842/pdf_647.
12. Santos NR dos. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. *Saúde debate*. 2011; 35(90): 356-65.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS. 2ª ed. Brasília: MS; 2009.
14. Secretaria de Saúde de Santa Cruz (RN). Sistema de Informação da Atenção Básica. Consolidado mensal de junho. Santa Cruz: Secretaria de Saúde; 2010.
15. Fontanela BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 May 05];24(1):17-27. Available from: www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
17. Macedo LC. Participação e controle social na saúde: uma revisão bibliográfica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
18. Labra ME. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulg saúde debate*. 2008; (45): 106-17.
19. Goulart F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2010; 34(84): 18-32.
20. Freire P. Pedagogia do oprimido. 40ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
21. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira AN. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulg saúde debate*. 2008; 43(6): 48-61.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/02/09
Last received: 2012/06/19
Accepted: 2012/06/20
Publishing: 2012/07/01

Corresponding Address

Gleiciane da Silva Fonseca
Rua Dr. Sadi Mendes, 1119 — Santos Reis
CEP: 59141-085 — Parnamirim/RN, Brazil