

**PERFIL E CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE SOBRE AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**PROFILE AND KNOWLEDGE OF HEALTH MUNICIPAL COUNSELORS
ABOUT THE ACTIONS OF HEALTH SURVEILLANCE**

GISLEINE BÍSCARO MENDES ARCIERI

Especialista em Saúde Coletiva e pertencente ao GVS (Grupo de Vigilância Sanitária
XI) - Araçatuba-SP.

MARIA DO CARMO GUIMARÃES CACCIA-BAVA

Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

RENATO MOREIRA ARCIERI

Professor Assistente Doutor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

CLÉA ADAS SALIBA GARBIN

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social e
Professora Adjunto da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE LIMA

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Autor responsável pela correspondência: Thaís Jaqueline Vieira de Lima. Faculdade
de Odontologia de Araçatuba. Rua José Bonifácio, 1193. Vila Mendonça. Cep:16015-
050. Araçatuba-SP.

PERFIL E CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROFILE AND KNOWLEDGE OF HEALTH MUNICIPAL COUNSELORS ABOUT THE ACTIONS OF HEALTH SURVEILLANCE

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o perfil e o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde da região de Araçatuba, sobre as ações de Vigilância Sanitária. Para isso, foram entrevistados 56 conselheiros através de um instrumento elaborado pelos autores, baseado na literatura, e que foi previamente testado para verificar a pertinência das questões e a compreensão das mesmas. Foram abordadas questões como o motivo que levaram a participar do conselho, se receberam capacitação para atuar no Conselho de Saúde, se acompanham as ações de saúde do seu município e se sabem o que é Vigilância Sanitária e sua importância na saúde dos munícipes. Os dados coletados foram inseridos e processados em um software estatístico – Epi-Info 6.04 para distribuição de frequências e porcentagens. Verificou-se que a maioria não possui conhecimento sobre as funções do Conselho Municipal de Saúde, e ingressaram no mesmo por indicação e não por eleição. Grande parte dos conselheiros apresenta baixo nível de escolaridade e desconhece as funções da Vigilância Sanitária. Portanto, faz-se necessário desenvolver ações junto aos conselheiros, para que sejam preparados visando maior e melhor compreensão das suas funções no conselho de saúde, bem como do papel da Vigilância Sanitária na construção do SUS, da cidadania e da democratização.

Palavras-chave: conselhos de saúde; vigilância sanitária; participação comunitária.

ABSTRACT

This study aimed to identify the profile and knowledge of health municipal counselors from cities of Araçatuba's region about the actions of health surveillance. [For this, 56 counselors were interviewed by an instrument developed by the authors, based on literature, which was previously tested to verify the relevance of the questions and understand them. Addressed issues such about the reasons why they decided and if they were trained to participate on the Council, if they followed up the health actions of their cities and if they knew what is health surveillance and its importance on the health of cities. The data collected were entered and processed in a statistical software - Epi-Info 6.04 for distribution of frequencies and percentages. It was found that the majority did not know about the functions of the Health Municipal Council, and was selected for participation through indication and not election. Most counselors presented low level of education and did not know the functions of the health surveillance. Therefore, it is necessary to develop actions with the counselor in order to have them prepared and able to more and better understand their functions on the Health Council, as well as the role of the health surveillance on the construction of the Brazilian Health System, of citizenship and democratization.

Key words: Health Councils, Health Surveillance, Citizen Participation.

INTRODUÇÃO

Grandes avanços no setor de saúde, no Brasil, foram conquistados pelo movimento sanitário iniciado na década de 70 e incorporados pela reforma político-institucional da década de 80, gerando uma nova lógica para a assistência à Saúde, a

partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas grandes conquistas, que ficaram inscritas na Constituição Federal de 1988, em um contexto de redemocratização do país, conferiram especial importância à participação popular nas políticas de saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, instituídos em todas as esferas de gestão: nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2005).

No Brasil, a participação popular na área de saúde teve início no auge das crises econômico-políticas que comprometiam o país nos anos 70. Nesta época, houve uma profunda intensificação de organização da sociedade civil, obrigando o Estado a desenvolver mecanismos para sua aproximação com esta, principalmente na instância pública do setor de saúde (DALLARI et al., 1996).

Com a criação do SUS, a elaboração das políticas de saúde, antes da União e dos Estados, passou a ser de responsabilidade também dos Municípios, sendo o Conselho Municipal de Saúde o espaço destinado ao exercício do controle social no nível local (DAL POZ; PINHEIRO, 1998) (SILVA; BARRETO; SANT'ANA, 2000). Este controle social caracteriza-se pela expressão mais forte de participação da sociedade nas políticas de saúde, por meio dos conselhos e comissões de saúde.

Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Estão distribuídos nas três esferas de governo e exercem as mesmas funções em cada uma delas. No âmbito da União há o Conselho Nacional de Saúde, nos Estados os Conselhos Estaduais e nos Municípios, os Conselhos Municipais de Saúde.

Todos os Conselhos devem ser constituídos e formalizados por meio de leis oriundas do poder executivo (Presidente da República, Governador ou Prefeito), e aprovada pelo poder legislativo correspondente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários. Esta composição é paritária, cabendo aos usuários 50% das vagas de representação. Os trabalhadores da saúde com 25% e os gestores e prestadores de serviços contratados ou conveniados, com os 25% restantes, completam o colegiado (BRASIL, 1990).

Os Conselheiros de Saúde devem participar de todas as etapas do planejamento de saúde de seu Estado ou Município, de modo a poder influir nelas, criticá-las e acompanhar sua execução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Também têm a função fiscalizadora do Fundo de Saúde, participando do processo de direcionamento dos recursos financeiros das ações de saúde, devendo apurar ilícitos e irregularidades, levando-os ao conhecimento da autoridade administrativa, do sistema de auditoria, do sistema de controle interno, do tribunal de contas ou do ministério público, conforme o caso, para as providências cabíveis (SOUZA, 2000).

Para que os Conselhos Municipais de Saúde tenham um bom desempenho nas suas funções, é de fundamental importância o conhecimento sobre gestão e políticas de saúde, principalmente, dos que representam os usuários, geralmente sem formação técnica na área da saúde.

Com o objetivo de minimizar este problema, o Ministério da Saúde criou o Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde, através do projeto REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, visando ao aprimoramento da gestão e das políticas de saúde no país. Também tem como objetivo aumentar a participação de importantes segmentos da sociedade no controle social do SUS e implantar um programa de capacitação dos Conselheiros de Saúde em todo o território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A lei 8.080, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território brasileiro, determina no artigo 6º que estão incluídas, ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de vigilância sanitária (BRASIL, 1990),

que tem um papel estratégico para a sobrevivência e a qualidade de vida da população, e atua por meio do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 2007).

O SNVS atua de forma descentralizada em todo o território nacional, sendo coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criado sob a lei 9.782/99 como autarquia com independência financeira e autonomia, mesmo estando ligado ao Ministério da Saúde.

Diante da importância do SNVS no contexto do SUS e a partir da constatação da sua desestruturação, vários atores, em fóruns diferenciados, apontaram para a necessidade de se formular um Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Este plano tem por objetivo corrigir rumos e fortalecer o campo de atuação da Vigilância Sanitária, inclusive no que concerne à sua mediação com os problemas sanitários prevalentes, assumindo compromissos reais de mudança do panorama sanitário perante a sociedade (BRASIL, 2011).

Um dos eixos e diretrizes do PDVISA é a “Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social”. Uma das metas dessa diretriz é o fortalecimento e qualificação do controle social na temática da Vigilância Sanitária, visando, entre outras, a garantia do acesso à informação em Vigilância Sanitária; a articulação com os Conselhos de Saúde para a inserção da Vigilância Sanitária de uma forma mais sistemática na dinâmica das ações pertinentes ao controle social e o desenvolvimento de ações educativas em Vigilância Sanitária para os Conselheiros de Saúde (BRASIL, 2007).

Diante da importância da Vigilância Sanitária no contexto das políticas de saúde no país, considerou-se oportuno realizar um estudo para identificar o perfil e o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde sobre as ações da Vigilância Sanitária.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio de um questionário semi-estruturado e aplicado por um único entrevistador.

Foram entrevistados os conselheiros de quatro municípios de pequeno e médio porte do Estado de São Paulo, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Araçatuba - DRS-II.

As cidades de Penápolis e Buritama - municípios de pequeno porte – foram selecionadas aleatoriamente dentre os quarenta municípios que compõem o DRS – II.

Em relação aos municípios de médio porte, fizeram parte da pesquisa as cidades de Araçatuba e Birigui, por serem as duas que se enquadram nesta categoria.

O instrumento utilizado para a coleta de dados junto aos conselheiros foi previamente testado e abordava as seguintes variáveis: gênero, grau de escolaridade, tempo de participação e motivo que o levou a participar do Conselho, recebimento de capacitação, acompanhamento das ações de saúde do município, e conhecimento sobre o que é Vigilância Sanitária, sua importância na saúde dos municípios, além da existência de equipe com essa atribuição na sua cidade.

O processamento dos dados foi realizado através do software estatístico EPI INFO 6.04, para distribuição de frequências e porcentagens.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP- processo FOA/UNESP 2008-02671, e todos os participantes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, conforme a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistados 56 Conselheiros nos quatro municípios estudados, conforme se pode observar na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos Conselheiros Municipais de Saúde de acordo com o município e o segmento que representam. Araçatuba - SP. 2011.

SEGMENTO \ MUNICÍPIO	GESTOR	PRESTADOR	TRABALHADOR	USUÁRIO	TOTAL
ARAÇATUBA	01	03	04	08	16
BIRIGUI	03	02	00	06	11
PENÁPOLIS	02	04	03	05	14
BURITAMA	02	04	03	06	15
TOTAL	08	13	10	25	56

Dentre os entrevistados houve discreta predominância do gênero feminino (51,8%) em relação ao masculino (48,2%).

A faixa etária de maior frequência entre os conselheiros foi a de 40 a 49 anos (35,7%), conforme demonstra a figura 1.

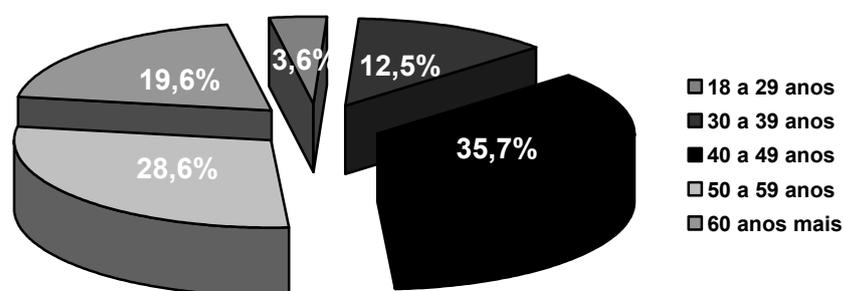


Figura 1 – Distribuição percentual dos Conselheiros Municipais de Saúde, de acordo com a faixa etária. Araçatuba-SP, 2011.

Em relação à escolaridade, 53,6% dos membros do Conselho possuem curso superior completo (Tabela 2). Ainda pode-se observar nesta tabela que a porcentagem de Conselheiros com baixo grau de instrução (1º grau incompleto) é relativamente alta, quando comparada com as demais.

Tabela 2. Número e percentual dos Conselheiros Municipais de Saúde de acordo com a escolaridade. Araçatuba - SP. 2011.

ESCOLARIDADE	n	%
1º Grau incompleto	7	12,6
1º Grau Completo	5	8,9

2º Grau incompleto	3	5,3
2º Grau Completo	8	14,3
Superior Incompleto	3	5,3
Superior Completo	30	53,6
Total	56	100,0

Quanto ao tempo de participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde dos municípios estudados, observou-se que a maioria (55,5%) tem atuação recente (até 2 anos), enquanto que 44,5% atuam há mais de 3 anos.

Questionados se receberam ou não capacitação para participar dos conselhos de saúde, aproximadamente a metade dos conselheiros (44,6%), respondeu que não (figura 2).

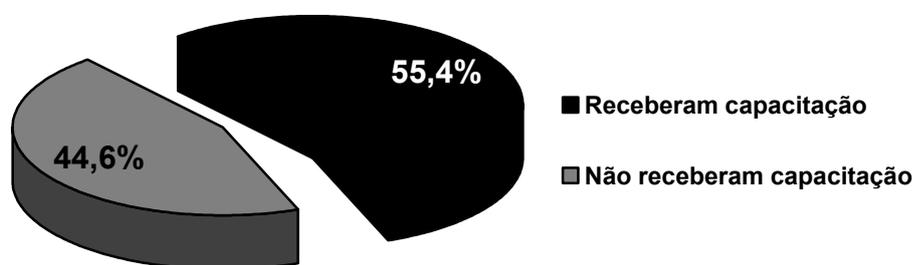


Figura 2 – Distribuição percentual dos Conselheiros Municipais de Saúde, que receberam ou não capacitação para participar dos conselhos. Araçatuba-SP, 2011.

Quanto ao conhecimento sobre suas funções legais frente à legislação do SUS relativas aos Conselhos de Saúde, 43 (76,8%) responderam afirmativamente e 13 (23,2%) negativamente.

No que diz respeito aos aspectos relativos à Vigilância Sanitária, pode-se verificar que quase a metade dos Conselheiros (44,6%) não observa ações da Vigilância Sanitária junto a estabelecimentos de serviços, como salões de beleza, academias, restaurantes, hospitais, consultórios médicos e odontológicos e outros. Também grande parte deles (42,9%) informa que seus Conselhos de Saúde não têm suas ações voltadas para a Vigilância Sanitária.

Embora a grande parte dos entrevistados (83,9%) aponte saber o que é vigilância sanitária, quando se referiram às suas funções, a maioria restringiu-se à fiscalização e ao cumprimento da legislação, desconsiderando que a Vigilância Sanitária é a forma mais antiga e complexa da saúde pública e abrange um amplo campo de atuação (BRASIL, 2007a).

Finalmente, quando indagados sobre a existência de ações que a Vigilância Sanitária deveria realizar nos respectivos municípios, mas não o faziam, 39,3% responderam que sim (tabela 3).

Tabela 3 – Numero e percentual das respostas dos Conselheiros Municipais de Saúde, de acordo com as questões relativas a Vigilância Sanitária. Araçatuba-SP, 2011.

QUESTÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%

Você sabe o que é Vigilância Sanitária?	47	83,9	9	16,1	56	100,0
Você observa ações da Vigilância Sanitária em estabelecimentos de serviços	31	55,4	25	44,6	56	100,0
Existem ações que a Vigilância Sanitária deveria realizar, mas não faz no seu município?	22	39,3	34	60,7	56	100,0
O Conselho de Saúde do seu município realiza acompanhamento e avaliação das ações de Vigilância Sanitária?	32	57,1	25	42,9	56	100,0

A fiscalização da Vigilância Sanitária nos estabelecimentos e serviços de saúde foi a ação mais citada (83,3%) pelos conselheiros que responderam afirmativamente. Outro fato também citado por 16,7% dos entrevistados, foi a falta de divulgação das ações da Vigilância Sanitária para a comunidade.

DISCUSSÃO

Houve discreta predominância do gênero feminino encontrada em nosso estudo, diferente de Wendhausen e Caponi (2002), que, ao analisarem o perfil de trinta membros do Conselho Municipal de Saúde Catarinense, constataram igualdade na distribuição da representação dos gêneros masculino e feminino.

Quanto à faixa etária, nossos dados são semelhantes aos de Saliba et al (2009), que ao analisarem o perfil dos Conselheiros de Saúde de cidades de pequeno porte da região Noroeste do estado de São Paulo, constataram a idade média de 47,2 anos. Os resultados do presente estudo também se assemelham aos de Wendhausen e Caponi (2002), cuja faixa etária predominante nos Conselheiros de municípios de Santa Catarina foi entre 30 e 50 anos.

Em relação à escolaridade, a alta porcentagem de Conselheiros com baixo grau de instrução, principalmente dos usuários, também observados por Saliba et al (2009), pode ser um aspecto dificultador para a compreensão de documentos necessários para o controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde do município. Considerando que o princípio fundamental do Conselho de Saúde é a participação efetiva de todos os segmentos sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, torna-se difícil pensar que isto ocorra com facilidade diante da diferença de preparo entre os usuários e os demais membros do Conselho (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Sobre a questão que tratava do motivo da participação no conselho de saúde do seu município, apesar de 33,9% dos entrevistados responderem que foi “lutar pelos direitos à saúde” e “melhorar o conhecimento sobre a saúde”, a maioria (66,1%), alega ter sido a “indicação” o fator responsável.

Estes resultados são semelhantes aos de Saliba et al (2009), que analisando o motivo do ingresso dos membros nos Conselhos de Saúde de municípios da região Noroeste do estado de São Paulo, constataram que 61,0% foram por indicação.

Um dos problemas mais frequentes a serem enfrentados pelos Conselhos Municipais de Saúde está relacionado com sua representatividade. Observa-se, em muitos casos, ingerências políticas na escolha dos representantes, principalmente no segmento dos usuários, comprometendo a voz dos verdadeiros interesses dos cidadãos. (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002) (LABRA; AUBYN, 2002) (GUIZARD, et al., 2004) (GUIZARD; PINHEIRO, 2006)

O baixo percentual de capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde encontrado nesse estudo, também constatado por Saliba et al (2009), é passível de prejuízos ao desempenho dos Conselhos. Segundo Correia (2005), a falta do conhecimento necessário para o Conselheiro atuar não é detectada apenas entre o segmento dos usuários do SUS. Nota-se que os próprios gestores e demais membros

dos Conselhos apresentam também um conhecimento limitado. Ainda, segundo o autor (CORREIA, 2005), esta realidade tem sido apontada por diversos autores como fator limitante à implantação do princípio da participação social do SUS. Como consequência, os Conselhos se tornam apenas instâncias homologatórias das decisões dos gestores, ao invés de representar mecanismo de alteração nas relações de poder entre a sociedade e o Estado (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004).

Todos estes resultados enaltecem a importância do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde, que apresenta um subprojeto voltado à capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Cordoni Jr, Lopes e Gutierrez (2011), analisando 15 Conselhos de Saúde de cidades do Norte do Paraná, constataram que 60% definem periodicidade para as reuniões (mensal), e que para 40% não há periodicidade definida. No presente trabalho, 100% dos entrevistados responderam que as reuniões dos conselhos de seus municípios são realizadas mensalmente.

Os Conselheiros que responderam conhecer suas atribuições nesta função citaram como exemplos o acompanhamento da proposta orçamentária e a fiscalização das ações de saúde do seu município, o que corresponde ao definido pelo item 2.1.2 da Norma Operacional Básica NOB/1991, que determina que: “Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ ou Fundos de Saúde” (BRASIL, 2007b). Entretanto, pequena parcela dos Conselheiros (23,2%), não tem qualquer conhecimento de suas funções no Conselho Municipal de Saúde, fato que pode comprometer seus desempenhos nos respectivos colegiados.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), a Vigilância Sanitária, direito de todo cidadão, passou a envolver um conjunto de ações para o controle de riscos, para o estabelecimento de normas para proteção da saúde, para a busca por disponibilidade, segurança e qualidade de produtos e serviços, além de preocupar-se com o meio ambiente (BRASIL, 2007a). A visão desta pequena parcela dos Conselheiros deve ser salientada, pois segundo Celedón e Noé (2000), o sistema de saúde deve prestar conta do seu funcionamento, respeitando a cidadania e implementando mecanismos de participação individual e coletivo, que possibilitam aos indivíduos exercerem controle sobre seus direitos de proteção à saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por esse estudo apontaram para um baixo nível de escolaridade dos conselheiros, principalmente para os representantes do segmento dos usuários. Identificaram, ainda, que para além das ações de fiscalização e cumprimento da legislação, as demais funções da Vigilância Sanitária são desconhecidas.

A maioria dos entrevistados ingressou no Conselho por indicação e não por eleição, sendo que quase metade dos conselheiros não recebeu capacitação para atuar nos Conselhos de Saúde. Além disso, uma parcela significativa destes não possui qualquer conhecimento sobre as funções do Conselheiro Municipal de Saúde, alicerçada na legislação do SUS.

Considera-se, entretanto, que apesar das dificuldades a serem superadas há uma grande capacidade potencial a ser desenvolvida e estimulada junto aos conselheiros, em especial os que representam os usuários, para que sejam preparados para uma maior e melhor compreensão do papel da Vigilância na construção do SUS, da cidadania e da democratização das relações entre estado e sociedade civil.

O desenvolvimento pleno das ações de vigilância, que supera em muito a visão controladora e cartorial hoje apresentada na visão dos conselheiros entrevistados, pode

contribuir de forma significativa para a melhoria das condições de vida e de saúde dos cidadãos. Conhecer suas funções, exercer sobre esses conteúdos o controle social pode significar, por parte dos conselheiros que representam vários segmentos de nossa sociedade, avanços que foram impulsionados quando da institucionalização das estratégias de participação popular, mas que requerem investimentos para que se aperfeiçoem e venham a resultar no exercício consciente, pleno e genuíno da cidadania.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ouvidoria. Guia de orientações básicas: para ouvir a vigilância sanitária; 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS; 2007b. p.95.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de agosto 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p.18.055, 20 set.1990.

BRASIL. Lei nº 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Vigilância Sanitária e Controle Social. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2007.

BRASIL. Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Secretaria de Estado de Saúde, Diretoria de Vigilância Sanitária. Governo do Estado de Santa Catarina. Disponível em http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=49. Acesso em 17 de setembro de 2011.

CELEDÓN, C., NOÉ, M. Reformas del sector de la salud y participación social. Rev. Panam Salud Publica, v.8, n.1/2, p.99-104, 2000.

CORDONI JR, L., LOPES, M.L.S., GUTIERREZ, P.R. Estudo dos conselhos municipais de saúde em municípios do norte do Paraná. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n2/doc/conselhomun.doc> Acesso em 17 de setembro de 2011.

CORREIA, M.V.C. Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

DAL POZ M.R.D., PINHEIRO, R. A participação dos usuários nos conselhos municipais de saúde e seus determinantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p.28-30, 1998.

DALLARI, S.G., ADORNO, R.C.F., FARIA, M.M., SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q., TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.4, p.531-540, 1996.

GUIZARD, F.L., PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos de participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.797-805, 2006.

GUIZARDI, F.L., PINHEIRO, R., MATTOS, R.A., SANTANA, A.D., MATTA, G., GOMES, M.C.P.A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis**, v.1, n.14, p.15-39, 2004.

LABRA, M.E., ST AUBYN, F.J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.537-547, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia do Conselheiro. Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, J.B., GUSMÃO, S.C. A experiência de saúde da família estimula a participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: SECLLEN, J., FERNANDES, A.S. Experiências e desafios de atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2004.

SALIBA, N.A., MOIMAZ, S.A.S., FERREIRA, N.F, CUSTODIO, L.B. Conselho de Saúde: conhecimento sobre ações de saúde. *Rev Adm Pública*, v.43, n.6, 2009.

SILVA, Z.P., BARRETO JR, I.F., SANT'ANA, M.C. A política municipal de saúde em dados: a experiência da pesquisa municipal unificada - PMU 1992, 1995 e 1997 da Fundação SEADE. **Saúde Soc.** v.9, n.1/2, p.151-162, 2000.

SOUZA RAA. **A saúde Bucal nos Conselhos Municipais de Saúde: “da ação ao direito”**. Araçatuba – SP, 2000, 170f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

WENDHAUSEN, A., CAPONI, S. O dialogo e a participação de um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1621-1628, 2002.

Enviado em: janeiro de 2011.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2011.