



**X COLÓQUIO  
INTERNACIONAL**  
"Educação e Contemporaneidade"  
22 a 24 de Setembro de 2016  
São Cristóvão/SE - Brasil



ISSN: 1982-3657

## **CONTROLE SOCIAL E SAÚDE EM ARACAJU/SE: BREVES CONSIDERAÇÕES**

MARIA CECILIA TAVARES LEITE

ROSANGELA MARQUES DOS SANTOS

EIXO: 23. PESQUISA FORA DO CONTEXTO EDUCACIONAL

**RESUMO** Esta pesquisa desenvolveu-se vinculada as ações desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Tem como objetivo geral analisar como se efetiva o controle social e a participação dos conselhos locais de saúde em Aracaju/SE. Estudo qualitativo realizado através de pesquisa bibliográfica e documental. Os resultados evidenciaram os processos contraditórios nos quais se estabelecem a dinâmica das relações entre a gestão pública e os conselhos de saúde e apontaram para a necessidade de se ampliar as produções teóricas sobre as especificidades dessas relações nos seus respectivos territórios no sentido de se evitar a reprodução de velhas práticas por meio da participação institucionalizada. **Palavras-chave:** Controle Social; Conselhos de Saúde; Participação. **ABSTRACT** This research was developed linked the actions taken by the Group of Studies and Health Research (GEPS) of the Social Service Department of the Federal University of Sergipe (UFS). Has the general objective to analyze how effective social control and participation of local health councils in Aracaju / SE. qualitative study through bibliographical and documentary research. The results showed the contradictory processes in which to establish the dynamics of relations between the public administration and health advice and pointed to the need to broaden the theoretical treatises about the specifics of these relationships in their respective territories in order to avoid playing old practices through institutionalized participation. **Keywords:** Social Control, Health Councils; Participation.

**1 INTRODUÇÃO** O presente texto apresenta as discussões e resultados da pesquisa vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) do Departamento de Serviço Social da

Universidade Federal de Sergipe que tem como objetivo analisar como se efetiva o controle social e a participação dos conselhos locais de saúde em Aracaju/SE. De acordo com Santos (2009) o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil desencadeou um processo de discussões e questionamentos sobre as distintas concepções de saúde e os projetos políticos aos quais estão vinculadas, além de defender a necessidade de participação da sociedade civil nos fóruns de decisão dos rumos da política de saúde no país. A realização em 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde que contou com a ampla participação da sociedade civil foi exitosa nas propostas que encaminhadas a Assembleia Constituinte compuseram o texto sobre a saúde na Constituição brasileira de 1988. Um momento político representativo de avanços para o país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos mecanismos de participação popular a exemplo das conferências e conselhos de saúde (SANTOS, 2009). No entanto, os desafios que se põe para a sociedade na contemporaneidade é o de como garantir as conquistas da ordem dos direitos sociais diante da ofensiva do capital (VIEIRA, 2004). Desta forma, a intensificação do debate sobre democracia, manutenção e ampliação dos direitos sociais e o acesso universal aos serviços de saúde figuram na agenda de luta dos/as trabalhadores/as, conselheiros/as e usuários/as da saúde pública. Tavares (2009) assinala que o SUS foi implantado em Aracaju ao final de 1988 e junto com ele uma série de questionamentos foram levantados sobre a sua eficiência, destaque-se a inexistência de um debate ampliado com os/as trabalhadores/as da saúde e com a população em geral. Ressalte-se que no ano de 1990 a referida capital passou a vivenciar o processo de construção de um novo modelo assistencial. No que se refere à metodologia adotada para a execução da pesquisa, esta do tipo exploratório-descritiva de abordagem qualitativa utilizou dos seguintes procedimentos para a coleta de dados: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Por meio da pesquisa bibliográfica levantou-se a produção de conhecimento com significado para conceituar e discutir os aspectos teóricos relativos ao controle social, participação e política de saúde. A 2ª região de saúde foi referência para o estudo tendo em vista existência de um documento oficial elaborado pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju/SE no ano de 2004 no qual foram arrolados os problemas identificados pela gestão pública com relação ao controle social e a participação nas unidades de saúde circunscritas na referida região, estes obtidos durante oficinas realizadas por profissionais da referida secretaria, o que viabilizou o cotejamento com produções as teóricas mais recentes acerca do controle social e dos conselhos de saúde no município aracajuano. Os bairros geograficamente pertencentes a 2ª região são os seguintes: Orlando Dantas, São Conrado e Santa Maria (conhecido como Terra Dura) num total de 05 unidades em funcionamento na região. Esses bairros estão localizados nos eixos periféricos da cidade e apresentam uma mescla de pessoas com baixa renda e setores médios da sociedade, a exemplo dos dois primeiros bairros anteriormente citados.

**2 DESENVOLVIMENTO** O Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds) foi implantado em Aracaju ao final do ano de 1988 e

junto com ele foram arrolados uma série de questionamentos tanto sobre a sua eficiência quanto a inexistência de um debate ampliado com os/as trabalhadores/as da saúde e com a população em geral por parte da gestão pública. Registre-se que o ponto básico da reorganização da saúde no município de Aracaju consistiu na criação dos Distritos Sanitários de Saúde “[...] entendidos como regiões de atuação sanitária (mudança essa sem a participação popular).” (FONSECA et al., 2004, p. 31). De acordo com Santos (2009) o molde de implantação desse novo modelo de saúde ocorreu em Sergipe, como reza a tradição brasileira, pela “via prussiana”, ou seja, mais um produto da burocracia estatal do que propriamente o resultado de um amplo processo de discussão com os segmentos dos/as trabalhadores/as, usuários/as e os movimentos sociais em geral, o que confirma a prática da gestão pública de exclusão dos segmentos da sociedade dos processos decisórios, conforme relato de profissional da saúde,

Sergipe foi o último Estado a assinar o SUDS, pois [...] dizia que não assinaria, que não tinha interesse em assinar esse convênio [...] Sergipe nunca tinha discutido o SUDS, chega a informação [...] ‘olhe o governador vai assinar sexta-feira o SUDS’. É tanto que o convênio que o governador assina tem uma particularidade, vários termos continuam Salvador-BA, porque nem deu tempo, nem de mudar o documento, foi assinado às pressas (Depoimento de profissional apud TAVARES, 2009, p. 140-141). Portanto, foi nesse contexto que ocorreu a criação do Conselho Municipal de Saúde em 1993, resultante das deliberações provenientes da III Conferência Municipal de Saúde, momento da escolha dos/as primeiros/as conselheiros/as. A realização da IV Conferência Municipal de Saúde no ano de 1994 foi responsável por deliberar mudanças na composição do Conselho Municipal e de apontar outras providências no sentido de se avançar no processo de municipalização da saúde em Aracaju, contudo, essas deliberações não foram encaminhadas e não se cumpriu o referendo do coletivo. Fonseca et al. (2004) assinala que até o mês de março de 1998 a gestão da saúde apresentava uma duplicidade de ações do Estado e do município, esse último com um índice de cobertura inferior a 50% da população. Destacam as autoras que a gestão municipal se encontrava sem autonomia e sem recursos financeiros, e que a equipe da SMS utilizou como uma estratégia para a organização do sistema a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC). Em 2001 a gestão municipal da saúde desenvolveu a proposta de um modelo technoassistencial para Aracaju, intitulado “Projeto Saúde Todo Dia”. De acordo com o projeto, Com relação à adequação e ampliação da rede para garantir o acesso, durante o período de março de 2001 a março de

2002 o gestor municipal pactuou com o Estado o processo de habilitação de Aracaju ocorrendo em junho de 2001 à elevação do município à condição de gestor pleno do sistema passando a incorporar parte da rede hospitalar e, posteriormente, em 2002, a transferência dos serviços. Ao obter a condição de Gestor Pleno do Sistema, a SMS no ano de 2003 determinou as suas redes assistenciais da seguinte forma: Rede de Atenção à Saúde da Família; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Especializada; Rede de Média e Alta Complexidade Hospitalar. No entanto, a versão da gestão pública da saúde municipal, firma posição de que uma política de saúde só acontece com uma ampla participação das representações populares nas instâncias coletivas. Mas que tipo de participação?

Observe como os conselhos locais de saúde são elevados a co-autores da política na rede básica:

Entendemos que a gestão da política municipal de saúde deve contar com o envolvimento dos diversos atores sociais envolvidos, a partir da constituição e o desenvolvimento de instâncias coletivas de gestão das ações de saúde, com ampla participação das representações populares e dos trabalhadores, obtendo-se assim uma democratização das decisões, a SMS apostou na constituição de Conselhos Locais de Saúde (CLS) representativos de cada comunidade e de sua unidade de saúde de referência [...] cada CLS se apresenta como importante espaço de gestão da política municipal de saúde de Aracaju, em especial das definições referentes às suas comunidades [...] (SMS, 2003, p. 37). Desse modo, com o objetivo de colocar em prática o discurso de articulação da gestão pública com a comunidade, conforme preconizado nos documentos oficiais, uma equipe da SMS realizou duas oficinas com o objetivo de discutir o controle social e a participação popular nos conselhos locais de saúde da 2ª região, a saber. Existência de CLS em todas as UBS, porém com pouco envolvimento da comunidade e dos trabalhadores; Fragilidade na relação dos trabalhadores com os parceiros existentes na área (intersectorialidade); Desconhecimento dos direitos e deveres da população; Utilização do "poder" do conselheiro de forma inadequada, por desconhecer o seu papel; Falta de sentimento e significado do "ser coletivo" – uma questão cultural; Necessidade de maior assessoramento dos CLS's. Pedrosa e Pereira (2007, p. 21) assinalam que a Unidade Básica de Saúde é o *lócus* privilegiado para se discutir as relações entre atenção básica e controle social, contudo, é necessário "[...] redimensionar a imagem de controle social associada exclusivamente aos conselhos de saúde e projetar para a sociedade o exercício

desse direito incluindo a esfera do cotidiano das relações entre usuário, unidade de saúde e profissionais.” Nesse sentido, com o objetivo de apresentar os processos contraditórios na efetivação do controle social e da participação em Aracaju/SE, utilizaremos os resultados da oficina da 2ª região (documento oficial da SMS) como eixos norteadores da discussão. **2.1 Existência de CLS em todas as UBS, porém com pouco envolvimento da comunidade e dos trabalhadores**

De acordo com Vieira (1995) a questão da participação popular no âmbito da saúde no Brasil sempre foi relegada ao segundo plano, os processos decisórios que impactam a vida social e econômica passaram distantes do crivo popular, Em Aracaju foram instalados os Conselhos Locais de Saúde (CLS) em todas as unidades de saúde, porém como apontou os resultados da oficina o envolvimento da comunidade e dos/as trabalhadores/as da saúde ainda é insuficiente. Sendo assim podemos questionar sobre o motivo do diminuto envolvimento dos atores da saúde no processo pertinentes ao controle social?

Tavares (2009) ao discutir o processo de implantação da reforma sanitária em Aracaju nos apresenta alguns elementos que podem elucidar alguns pontos a respeito do referido questionamento. A aludida pesquisadora assinala que a criação de um sistema com cobertura universal se deu de forma conflituosa, tendo em vista a ausência de ampla discussão com os trabalhadores da saúde e a população em geral, a não incorporação das propostas dos movimentos sindicais e de saúde, a perseguição aos profissionais que descumprissem as deliberações da gestão, atritos entre a gestão e o conselho municipal com relação a quem ocuparia a sua presidência. No entanto, o conselho municipal “[...] conseguiu a derrubada do veto do prefeito ao artigo que versava sobre a presidência do conselho. A posição do gestor era que esse papel fosse desempenhado pelo secretário de saúde.” (TAVARES, 2009, p.155). Todos esses elementos culminaram num emaranhado de tensões que acabaram por reforçar a formalidade dos canais de participação popular no âmbito da saúde. Portanto, a instalação dos CLS nas 44 unidades de saúde do município de Aracaju por si só não afiançam a efetiva participação da população e dos/as trabalhadores/as da saúde nos processos de gestão das políticas sociais, relatos a respeito se incluem numa lista infindável, a exemplo do que se segue:

Temos escutado diversas queixas quanto ao método empregado na condução dos trabalhos do Conselho Municipal de Saúde [...] Casos em que conselheiros tiveram que aprovar a toque de sino e repique de caixa, balanços contábeis, projetos e

pareceres provenientes do gestor municipal, sem uma acurada interpretação ou reflexão daquilo que se estava aprovando. Ainda dizem que aqui é um conselho exemplar. Imaginem vocês quanta perversão não existe por aí (BOLETIM, 2002, s.p.).

**2.2 Fragilidade na relação dos trabalhadores com os parceiros existentes na área (intersectorialidade)** Essa problemática apontada durante a realização da oficina reafirma algumas discussões a respeito das dificuldades que os/as profissionais apresentam em articular os serviços dos equipamentos sociais no seu território a partir das demandas expressas pelos usuários/as, há uma prevalência na dificuldade de articular as diversas políticas sociais. De acordo com Inojosa e Junqueira (s.d.) trabalhar com a perspectiva da intersectorialidade na saúde requer uma decisão política que altere o modelo até então vigente, ou seja, pautado em ações setoriais e fragmentadas, assinalam ainda que mesmo quando os atores se predispõe a uma nova teia de relações sempre há jogos de interesses distintos em disputa. Para Inojosa (2001) a intersectorialidade deve superar a justaposição de projetos, e ser fruto de resultados cooperativos diante de situações complexas. Daí os inúmeros desafios para a concretização da proposta que assegure a concepção ampliada de saúde, ou seja, a superação do binômio saúde-doença, que se traduz numa ação médico-assistencial para além dos sintomas das enfermidades articulando-se os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais. Note-se que a política de saúde inaugurou no país a discussão e a regulação de leis que garantem a descentralização, universalização, integralidade e intersectorialidade dos serviços. A Lei nº 8.080/90 sinaliza alguns pontos para o processo intersectorial notadamente entre as políticas de saúde, saneamento básico e meio ambiente; destaque-se que nesse período o debate sobre a intersectorialidade ainda não era expressivo.

**2.3 Desconhecimento dos direitos e deveres da população** A identificação da ausência de conhecimento dos direitos e deveres por parte da população usuária dos serviços de saúde na 2ª região de saúde aponta para uma situação que reitera as práticas que historicamente foram cristalizadas na relação entre Estado e cidadãos na realidade sócio-política brasileira. Teria os/as usuários/as conhecimento sobre o que é atenção básica na saúde?

Seria essa um sinônimo de saúde barata e para pobres numa lógica hospitalocêntrica?

Ou seria a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde que deve ser universal e integral, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação. Teria os usuários pleno conhecimento de que se esse nível de atendimento não

estiver devidamente estruturado quem ganha é o mercado lucrativo da saúde? Apenas a normatização posta nas legislações é insuficiente para garantir a participação cidadã, como visto os conselhos como espaço legítimo de discussões e deliberações da comunidade vem sofrendo inúmeras ofensivas por parte dos gestores que não só dificultam a organização da estrutura de funcionamento, como negam passagens para viagens e desconsideram as iniciativas voltadas para os processos formativos que subsidiem a participação efetiva dos/as conselheiros/as (CEAP, 2009). Todos esses elementos citados anteriormente ainda concorrem com a visão dos/as profissionais de saúde que atuam na rotina institucionalizada e cristalizada da assistência médica. De acordo com Pedrosa e Pereira (2007, p.18) os profissionais entendem que os/as usuários/as fazem parte do “[...] segmento de excluídos sociais que apresenta precárias condições de vida e demanda consumo de serviços e ações de maneira emergencial e imediata.” E que, portanto, necessitam de procedimentos curativos, por sua vez destaque-se que esses muitas vezes se apresentam inócuos tendo em vista as precárias condições de sobrevivência as quais os/as usuários/as estão submetidos/as. Nesse sentido, os profissionais reproduzem no seu cotidiano discursos e atitudes os quais através de sua atuação técnica legitimam um saber técnico/médico que desconsidera a realidade do/a usuário/a. Sem contar que as possíveis práticas que viabilizariam a sua participação nos territórios para identificar lideranças e fomentar o debate de temas mobilizadores junto com a população, além do apoio às lutas emergentes, acabam por não acontecer, tendo em vista inúmeros fatores que vão desde a perseguição da gestão, sobrecarga de trabalho e ausência de motivação.

**2.4 Utilização do “poder” do conselheiro de forma inadequada, por desconhecer o seu papel** A dificuldade dos conselheiros em administrar o “poder” tem relação com aspectos já discutidos durante o decorrer do texto, dentre eles o processo de formação da cultura política do país e o desconhecimento da função social e política de um papel que responde por interesses da coletividade. Conforme Pedrosa e Pereira (2007, p.18) os conselhos de saúde “[...] não desenvolvem o papel da mediação pedagógica entre os sujeitos, resultando na não ‘escuta’ das reclamações da população, que passam ao largo das questões temas das deliberações dos Conselhos”. Ademais os conselhos enquanto espaços de “poder” nos moldes de uma sociedade capitalista tornam-se facilmente campo de disputa dos distintos projetos políticos de sociedade nos quais estão implicadas as diferentes concepções de saúde, o que torna difícil para o/a conselheiro/a separar interesses partidários dos interesses

coletivos (PEDROSA; PEREIRA, 2007). De certo, as dificuldades vivenciadas pelos conselheiros estão relacionadas com as limitações pertinentes ao processo formativo. Estaria o conselheiro preparado para assumir tal função?

Os depoimentos a seguir ilustram essa questão:

O funcionamento era muito acanhado ainda. As pessoas eram submissas aos governantes sem saber do seu real papel. No início quem sempre falava mais era o Secretário de Saúde [...] depois com o esclarecimento que começamos a obter com a nossa participação vimos que os Conselhos eram o lugar da reivindicação tanto dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários (Militante de movimento popular apud SANTOS, 2009, p. 143). A fala do conselheiro sinaliza um processo de militância e amadurecimento político quanto ao papel do/a conselheiro/a na defesa dos interesses coletivos. Mais uma vez a temática sobre os processos formativos retornam para a discussão. A esse respeito Gohn (2003, p.88) assinala que “[...] nos municípios sem tradição organizativa-associativa os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal.”, portanto, aí se impõe a necessidade da sociedade se organizar e articular estratégias nas quais os processo de formação política estejam inclusas em suas agendas de trabalho no sentido de garantir elementos que propiciem vivências efetivas de participação e processos mobilizadores nos quais possam desencadear de fato a necessidade de uma atuação política voltada para o protagonismo das classes populares. Para tanto, é necessário que os movimentos sociais em geral delineiem de forma mais precisa as estratégias educativas que apontem para a compreensão de um projeto político de sociedade que supere o *status quo* e vá além da emancipação política dos setores excluídos da sociedade. **2.5 Falta de sentimento e significado do “ser coletivo” – uma questão cultural** Discutir a ausência de um ideário de “coletividade” no cenário político de uma sociedade marcada pela ofensiva neoliberal na qual o mercado a tudo regula e o egocentrismo paira como a pedra de toque das relações sociais, é um desafio. O processo de reestruturação neoliberal apresenta um novo contexto de resistência, exigindo dessa feita uma linha de ação muito clara dos movimentos populares e dos conselhos. O confronto com a realidade conflituosa, a intensificação do individualismo, a lógica imperialista de mercantilização dos serviços e das relações sociais são elementos que impõe a sociedade atual uma postura de constante redirecionamento no seu fazer, daí ser imprescindível diante dessa conjuntura repensar as estratégias de participação nos conselhos e nos diversos espaços políticos da sociedade. Essa problemática identificada durante a realização da oficina tem relação com as

reflexões de Francisco de Oliveira (2000) sobre os limites da democracia no Brasil, ao exemplificar a destituição da fala, a anulação política, além da privatização do público como elementos basilares para a consolidação das medidas neoliberais no país **2.6 Necessidade de maior assessoramento dos CLS's** A necessidade de assessoramento dos conselhos locais de saúde foi identificada como um dos elementos que podem potencializar os processos participativos e mobilizatórios na relação da comunidade com as unidades de saúde. No entanto, pergunta-se: quem fará esse assessoramento?

A gestão pública?

Observem os depoimentos que se seguem a respeito da realização da conferência municipal de saúde em Aracaju:

A primeira conferência da gestão democrática que teve foi a coisa mais vergonhosa que eu vi na minha vida. Tudo foi bem montado. O prefeito precisou ser chamado porque a coisa tava feia. Foi colocado 'olheiros' prá ver quem levantava o crachá [...] foi tudo pró-forma porque na verdade eles queriam que os recursos viessem de fundo a fundo (Profissional da saúde *apud* SANTOS, 2009, p. 139-140). Portanto, a discussão a respeito do processo de assessoramento aos conselhos gravita em torno de qual sujeito desenvolverá esse trabalho. O depoimento ilustra as dificuldades da gestão pública mesmo oriunda do campo democrático e popular em assegurar de fato processos participativos efetivos. Segundo Raichelis (2007, p.13) "[...] o acompanhamento [...] das práticas dos Conselhos [...] revela o controle do Estado sobre a produção das políticas públicas, e aponta os riscos de burocratização, cooptação e rotinização do seu funcionamento". Além da preocupante interferência estatal nos conselhos, a autora ainda aponta a necessidade de a sociedade civil rever sua participação e representação nos conselhos, pois o desafio é alterar o quadro de subrepresentação na qual os usuários se encontram na maioria dos conselhos. Desse modo, fica claro as limitações da gestão pública em encaminhar um processo de assessoramento aos conselheiros uma vez que estes devem estar incumbidos na defesa dos interesses coletivos no campo da saúde fundamentalmente pelo fortalecimento do SUS. Destaque-se que as condições encontradas com relação ao controle social na 2ª região de saúde encontram-se na tal qual na atualidade a enfrentar os mesmos desafios. **3 CONCLUSÃO** O estudo esclarece que apesar de os conselhos serem construídos por meio da ação coletiva de diferentes sujeitos sociais, em particular nos municípios,

representando uma conquista da sociedade civil, estes espaços não podem ser considerados a única possibilidade de participação política ou modelo desta. O desafio se apresenta na necessidade de ampliarem-se as informações e os esclarecimentos dados à população no que tange ao funcionamento dos conselhos e o seu papel político, visto que a maioria da população desconhece a importância e mesmo a existência destes como instrumentos capazes de fiscalizar as políticas públicas que se refletem nos serviços aos quais tem acesso cotidianamente. Divulgar os conselhos concorre também para a conscientização prévia daqueles que pretendem fazer parte dos mesmos quanto ao futuro papel a exercer. De acordo com Serafim (2008), apesar de os conselhos serem espaços institucionais inéditos conquistados pelos movimentos sociais atuantes no cenário político da década de 1980, pode-se perceber como reflexo das estratégias neoliberais, que estes movimentos vêm perdendo cotidianamente seu poder combativo frente ao Estado e assumindo uma relação de consenso e parceria com este, confirmando a existência de obstáculos ao fortalecimento e ampliação do controle social exercido pela sociedade civil. Ficou claro que o controle social vem se constituindo como a principal estratégia para garantir o processo de descentralização da saúde no processo de consolidação do SUS como uma política social universal. Entretanto, nem sempre a participação dos usuários nos canais formais indicou objetivamente que há um respeito à soberania popular, correndo-se o risco de se reproduzir velhas práticas por meio da participação institucionalizada. Um dos obstáculos evidenciados nos resultados apresenta relação com a questão da formação política do/a conselheiro/a, uma ferramenta indispensável para o enfrentamento dos diversos interesses em jogo que perpassam o campo de relações de força que é o espaço dos conselhos. Finalmente, nessa conjuntura capitalista marcada pela mercantilização dos serviços, a exemplo da saúde, a importância do fortalecimento dos conselhos municipais aparece como uma possibilidade de se ter uma maior engajamento político dos cidadãos, apesar dos limites impostos pelo controle exercido pelo capital sobre uma população heterogênea, dependente de um serviço que tem se mostrado excludente e fragilizado.

**4 REFERÊNCIAS ARACAJU.** Secretaria Municipal de Saúde. **Controle social e participação popular em Aracaju:** uma experiência da 2ª região. 2004.

Disponível em:

<[http:](http://)

Acesso em: 12/08/2011. ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto**

**Saúde Todo Dia.** 2001. \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Atividades.** 2003. BRASIL. Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde.** Brasília, 2014.

Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br

/bvs/.../para\_entender\_ **controle\_social\_saude.pdf**

.> ----CARTA ABERTA. Boletim do Fórum contra as Reformas Neoliberais na Saúde Pública. **Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde,** s.n.t.CEAP. GOHN. 2003 \_\_\_\_\_. **Movimentos sociais no início do século XXI:** antigos e novos atores sociais. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003. INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. A. P. O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade. Publicação 20 anos da **Fundap,** abr./1997. OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA,F.; PAOLI, M. C. **Os sentidos da democracia:políticas do dissenso e hegemonia global.** Petrópolis: Vozes, 2000. PEDROSA, J. I.; PEREIRA, E. D. dos. **Atenção Básica e o controle social em saúde:** um diálogo possível e necessário. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano VIII, Edição Especial (nov. 2007). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: **Serviço Social e Saúde/** Ana Elizabeth Mota. [et al], (orgs). 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. SANTOS, R .M. dos. **Saúde, participação e controle social:** lutas e ações estratégicas do Mops/SE pela efetivação dos direitos sociais de saúde em Aracaju/SE (1989-2008). São Paulo: 2009. Tese (Doutorado) – PUC/SP. SERAFIM, L. **Controle social: que caminhos?**

Observatório dos Direitos do Cidadão. Jul. 2008. Disponível em <http://

www.

polis.or.br

/artigos.asp

.>.

Acesso em: 20/10/2011. SERGIPE. **Reforma Sanitária e Gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sergipe.**

**Disponível em:**

<http://

www.

**ses.gov.br**

>.

**Acesso em: 12/01/09.** TAVARES, M. C. **A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família em Aracaju:** os tempos de um movimento. Tese (doutorado). São Paulo: Pós-Graduação em Serviço Social-PUC/SP, 2009. VIEIRA. E. A. **Os Direitos e a política social.** São Paulo: Cortez, 2006.

\* Maria Cecília Tavares Leite (Doutora, Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde-GEPS, Departamento de Serviço Social/UFS, E-mail: [mariacecilialeite2008@gmail.com](mailto:mariacecilialeite2008@gmail.com)

) \*\* Rosangela Marques dos Santos (Doutora, Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde-GEPS, Departamento de Serviço Social/UFS, E-mail: [romarques65@yahoo.com](mailto:romarques65@yahoo.com)

[.br](#)

).

Recebido em: 08/08/2016

Aprovado em: 09/08/2016

Editor Responsável: Veleida Anahi / Bernard Charlort

Metodo de Avaliação: Double Blind Review

E-ISSN:1982-3657

Doi: