



Artigo Original

Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública

Intersectorality – a management challenge in Public Health

Adriana Pigatto Bernardi¹

Alessandra Irene Ramos D' Andréa²

Daniela Araújo Zampirolo³

Simone Perini⁴

Maria Cristina Marino Calvo⁵

1 Psicóloga, Secretaria de Bem Estar Social da Prefeitura Municipal de Camboriú (SC)

2 Odontóloga, Especialista em Saúde Pública pela UFSC

3 Fisioterapeuta, Prefeitura Municipal de Camboriú (SC)

4 Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Pública pela UFSC

5 Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO – O objetivo deste trabalho é avaliar a aplicação da intersectorialidade em saúde na cidade de Balneário Camboriú. O tema intersectorialidade em saúde vem sendo discutido com mais foco desde a implantação do SUS, que tem como princípios a descentralização das decisões a nível local, a participação do cidadão nas decisões e a universalização do acesso. Baseado no conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, faz-se necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde. Esta é uma pesquisa qualitativa baseada no processo de triangulação de métodos, análise documental e revisão bibliográfica. Nas evidências surgidas percebeu-se que no município de Balneário Camboriú existem ações intersectoriais voltadas aos condicionantes em saúde, mas não se encontra uma gestão intersectorial deste setor. A ausência de conhecimento de ação intersectorial, a dificuldade de financiamento de ações intersectoriais e a dificuldade dos profissionais da saúde em olhar além do objeto específico da sua atuação tem sido vividas no dia a dia, na gestão da saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Conselhos de Saúde.

ABSTRACT – The aim of this study was to evaluate the application of health intersectorality in the city of Balneário Camboriú. The health intersectorality subject has been discussed with more focus since the implantation of the Brazilian National Health Service (SUS), which has as its principles the decentralization of decisions at local level, the participation of the citizen in decisions and the universalization of access. Based on the extended concept of health that contemplates not only the illness, but the right to quality of life, the link with the politics of education, assistance, habitation and work, beyond the readjustment of the professional services and health institutions has become necessary. This was a qualitative study, based on the processes of method triangulation, documentary analysis and bibliographical revision. From the data collected it was observed that in the city of Balneário Camboriú there exist intersectoral actions directed toward the health constraints, however, an intersectoral management of this sector does not exist. The absence of knowledge of intersectoral action, the difficulty in financing intersectoral actions and the difficulty of the health professionals in looking beyond the specific object of their performance have been experienced day by day, in health management.

Keywords: Health Management; Single Health System; Health Councils.

1. INTRODUÇÃO

O tema intersectorialidade em saúde vem sendo discutido com mais foco desde a implantação do SUS, que pauta um de seus princípios na intersectorialidade. Princípios ambiciosos, assim como todo o SUS, que vinha na contra mão da tendência política vigente, buscando a universalização da saúde como direito de todo cidadão, a descentralização das decisões a nível local e a participação do cidadão nas decisões e a universalização do acesso.

Intersetorialidade, segundo Inojosa^{1:102}, apresenta como conceito “a articulação de saberes e

experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Do ponto de vista organizacional é o que se apresenta como

Autor correspondente:

Maria Cristina Marino Calvo

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário Trindade

Florianópolis (SC) – CEP 88040-900

Fone: (48) 3721.9388

Email: mcmcalvo@ccs.ufsc.br

Artigo recebido em 30/05/2010

Aprovado em 29/06/2010

direcionamento para lidar com os novos desafios que a situação atual apresenta a nível governamental.

Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando um efeito sinérgico, transpondo a idéia de transdisciplinariedade para o campo das organizações, o que se quer muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional^{1:104}.

Anterior ao conceito de interdisciplinaridade cabe tratar da estruturação da disciplinariedade que vem da valorização da especialização e da criação de novas especialidades com novos campos científicos que levou a uma superespecialização e dicotomia do saber em diversos saberes concorrentes e não complementares. Segundo Almeida Filho^{2:12} atualmente, a expansão da ciência leva a um resgate da abordagem sintética da problemática do conhecimento e cria novos campos interdisciplinares resultantes do cruzamento de distintos discursos disciplinares.

Dentre esses novos conceitos destaca-se a tipologia de Jantsch, adaptada por Bibeau conforme Almeida Filho^{2:24}:

- *multidisciplinaridade* — conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico; é um sistema que funciona através da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares;

- *pluridisciplinaridade* — justaposição de diferentes disciplinas científicas que, em um processo de tratamento de uma temática unificada, efetivamente desenvolveriam relações entre si; seria, portanto, ainda um sistema mononível (como na multidisciplinaridade), porém os objetivos aqui são comuns, podendo existir algum grau de cooperação entre as disciplinas; de todo modo, por envolver campos disciplinares situados num mesmo nível hierárquico, há uma clara perspectiva de complementaridade, sem, no entanto, ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática comum;

- *interdisciplinaridade auxiliar* — interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas, que se impõe às outras como campo integrador e coordenador; o sistema apresenta dois níveis e aqui pode-se reconhecer a posição superior de uma disciplina em relação às outras, subordinando-as,

posto que as informações expropriadas dessas disciplinas são colocadas a serviço da especialidade tomada como disciplina mestra;

- *metadisciplinaridade* — trata-se de uma contribuição ao esquema original; a interação e as inter-relações das disciplinas são asseguradas por uma metadisciplina que se situa num nível epistemológico superior; esta não se impõe como coordenadora, mas sim como integradora do campo metadisciplinar, atuando como mediadora da comunicação entre as disciplinas do campo;

- *interdisciplinaridade* — para além da disciplinariedade, a noção de *interdisciplinaridade* implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas científicas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas; esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade a uma temática unificada, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar;

- *transdisciplinariedade* — indica uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; estruturada em sistemas de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência à horizontalização das relações interdisciplinares; a transdisciplinariedade piagetiana implica a criação de um campo novo que idealmente seria capaz de desenvolver uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o originaram como teria ocorrido com a moderna ecologia, oriunda da biologia evolucionista, em sua interface com as geociências.

Diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e sua totalidade. Para que possamos nos aproximar deste modelo, faz-se necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde.

Para Moysés et. al.³ a concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que

atravessam a produção da saúde. Assim, a intersectorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990⁴ são condicionantes em Saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais sendo estes os aspectos que nortearam este trabalho, onde avaliou-se a aplicação da intersectorialidade em saúde na cidade de Balneário Camboriú, através da análise documental subsidiada também por uma revisão bibliográfica do tema.

Ressaltando ainda a importância da participação dos representantes governamentais dos Conselhos Municipais, visto que, segundo Pinheiro⁵, os mesmos deverão constituir-se como instâncias de ação política, com a finalidade de ampliar o controle e a participação social, juntamente com outros instrumentos participativos. Mais que atender a esse preceito jurídico-institucional, os conselhos, foram criados para servir de canal de vocalização de denúncias e demandas populares nas localidades.

2. METODOLOGIA

Este trabalho visa avaliar a aplicação da intersectorialidade em saúde na cidade de Balneário Camboriú, através da análise documental subsidiada também por uma revisão bibliográfica do tema.

Esta pesquisa será qualitativa, baseada no processo de avaliação de triangulação de métodos, que é a expressão segundo Minayo^{6:29}, de uma dinâmica de investigação e trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico.

Como primeira etapa da pesquisa, foi realizada uma avaliação diagnóstica básica dos seguintes documentos:

* Plano Plurianual – PPA das seguintes secretarias municipais: Saúde e Saneamento, Educação, e Assistência Social;

* Composição dos conselhos municipais de Saúde, Educação e Assistência Social e a respectiva

freqüência dos conselheiros governamentais nas reuniões;

* Relatório de gestão da Saúde.

Segundo Minayo^{6:34}, a triangulação de métodos pode ser dividida operacionalmente em oito passos:

- 1 – formulação do objeto ou da pergunta referencial;
- 2 – elaboração de indicadores;
- 3 – escolha de bibliografia de referência e das fontes de informação,
- 4 – construção de instrumentos para coleta primária e secundária de informações,
- 5 – organização e realização do trabalho de campo
- 6 – análise das informações coletadas,
- 7 – elaboração do relatório final,
- 8 – devolução e discussão com os setores visando a implementação de mudanças.

Como primeiro passo foi elencado à pergunta orientativa “Existem ações intersectoriais em Balneário Camboriú que apoiem a saúde?”, após esta definição passou-se a uma revisão bibliográfica do tema para definição dos condicionantes que seriam pesquisados e a definição de documentos a serem analisados contemplando os passos dois e três da triangulação.

As informações foram coletadas em documentos formais das secretarias supracitadas, realizando uma análise documental comparativa dos mesmos.

Sendo esta uma análise documental e revisão bibliográfica não se justifica uma pesquisa de campo.

As próximas fases da triangulação serão apresentadas na discussão de resultados a seguir.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a legislação que embasa o Sistema Único de Saúde definiu-se como condicionantes em saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Embasados nestas variáveis realizou-se uma análise documental das ações planejadas nas secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social do material supracitado.

No condicionante alimentação encontraram-se ações intersectoriais planejadas nas secretarias de Educação e Assistência Social. Sendo na Secretaria de Educação a oferta de merenda escolar e na Secretaria

de Assistência Social o Programa Leite Amigo Pão (distribuição de pão e leite para todas as crianças da educação infantil e ensino fundamental da rede municipal de ensino), entrega de cestas básicas emergenciais para famílias em situação de vulnerabilidade social, os cursos de alimentação alternativa (cursos oferecidos nos centros de treinamento comunitário, sobre a importância e o consumo de soja, verduras, cereais e como prepará-los) e hortas comunitárias (apoio à criação e manutenção de hortas nos bairros, para incentivar o consumo e o acesso a legumes e hortaliças pela comunidade). Todos os projetos citados encontram-se implantados e em funcionamento permanente.

Nos condicionantes moradia e saneamento básico, existe ação planejada, na Secretaria de Saúde e na Secretaria de Assistência Social. Na Secretaria de Saúde encontra-se no Plano Municipal de Saúde a meta de implantação de cursos em vigilância ambiental e saúde, visando agregar conhecimento ao agente comunitário de saúde na área de saneamento básico (função da vigilância sanitária dos sistemas de tratamento de esgoto, acondicionamento de resíduos sólidos entre outros). Garantir aos agentes comunitários de saúde, conhecimento sobre saneamento básico, acondicionamento de resíduos sólidos e direitos do cidadão junto à vigilância sanitária do município, porém a mesma não foi executada. Consta no Plano de Acompanhamento de Metas, do Plano Municipal de Saúde, que o mesmo foi postergado para 2008.

No PPA da Secretaria de Assistência Social constam três projetos: construção de moradias, regularização fundiária e o Projeto 6ª Avenida, que são realizados através do Fundo Rotativo do Bem Estar Social - FURBES. A construção de moradias e a regularização para famílias em situação de risco social e pessoal foram alcançadas, sendo imediatamente ampliado para novas áreas. O projeto 6ª Avenida que consta de construção de moradias para 107 famílias e a urbanização de todo o entorno foi concluído, estando às famílias em acompanhamento.

No condicionante meio ambiente, na área da saúde observou-se a implantação do Centro de Controle de Pragas Urbanas, mas o mesmo não foi executado tendo sido postergado para 2008, segundo o acompanhamento de Planos e Metas da Saúde, não tendo nenhuma ação nas Secretarias de Educação e Assistência Social. Cabe ressaltar que no município existe uma Secretaria de Meio Ambiente, porém este estudo restringiu-se às ações das supracitadas.

No condicionante trabalho e renda constataram-se ações somente na Secretaria de Assistência Social, sendo elas o Centro de Treinamento Comunitário (local que oferece cursos na área de alimentação alternativa com técnicas de vendas e gerenciamento); Programa Bolsa Família (programa do Governo Federal de transferência de renda para famílias com renda per capita menor que R\$ 120,00), Clube de Mães (ofertas de cursos profissionalizantes nos bairros para geração de renda nas famílias fora do mercado formal), Cursos Profissionalizantes (cursos diversos oferecidos à população em situação de vulnerabilidade social).

No condicionante de transporte, dentro das secretarias analisadas, verificou-se a existência de transporte escolar que é realizado pela Secretaria de Educação e o transporte dos participantes dos grupos de terceira idade realizado pela Secretaria de Saúde, sendo que a secretaria de educação adquiriu quatro ônibus para a ampliação do atendimento.

No quesito educação, encontraram-se ações nas três secretarias analisadas. Na Secretaria de Educação além da oferta de vagas para a educação infantil, ensino fundamental e educação de jovens e adultos, que é o foco principal de atuação da mesma, encontraram-se: curso de educação continuada aos educadores, equipe direta, especialistas em educação e funcionários administrativos. Aquisição de mobiliário e equipamentos adaptados para pessoas com deficiência (o que permite o acesso destes ao condicionante da educação).

Na Secretaria de Assistência observou-se o Centro de Atividades Múltiplas Recriando com Saber, que oferece atendimento em contra- turno escolar com reforço escolar e atividades ocupacionais para jovens de 12 a 15 anos e cursos de capacitação para os profissionais da área. Já na Secretaria de Saúde encontrou-se a meta de educação permanente para pessoal técnico administrativo e de enfermagem. Garantindo e melhorando o serviço de atendimento à população, que não teve implantação, ficando somente no planejamento.

No condicionante de lazer destacam-se ações nos PPAs das Secretarias de Educação e Assistência Social. Na Secretaria de Educação observam-se a ampliação de espaços abertos nas escolas e a construção, iluminação de quadras esportivas nas escolas e a aquisição de material esportivo para as mesmas. Na Secretaria De Assistência observam-se os clubes de Mães e os Grupos de Terceira Idade, como espaços de interação social e o Projeto Agito no Bairro (evento de ação social realizado no município que

reúne em torno de 300 voluntários entre funcionários da prefeitura e de outras entidades públicas, prestando serviços em saúde, meio ambiente, turismo, cultura, lazer entre outros. São realizados também encaminhamentos para o projeto primeiro emprego, confecção de documentos, orientação para adolescentes e distribuição de mudas frutíferas e hortaliças).

No condicionante acesso aos bens e serviços toda a atuação das secretarias analisadas visa garantir o acesso dos municípios aos serviços por elas prestados, ou seja, educação, saúde e assistência social e indiretamente aos bens quando trabalham com formação e geração de trabalho e renda. Cabe aqui ressaltar os projetos Agito no Bairro, já citado anteriormente, e o Casamento Coletivo (que financia as despesas de um casamento completo, cartório, vestimentas e festividades).

A Constituição institui os princípios do SUS que são detalhados pela lei 8080/ 1990 e lei 8142/ 1990⁷ sendo eles:

- a universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- a integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- a equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e
- a participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a co-responsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde.

Os conselhos são espaços privilegiados para a gestão democrática das políticas públicas, interferindo diretamente na efetividade da intersetorialidade, sendo um dos espaços de luta para garantia do acesso aos condicionantes de saúde. Entretanto, ainda precisam avançar nas formas de participação e controle social. A participação nos conselhos é um processo de conquista cotidiana que reflete os dilemas

e contradições da sociedade brasileira, mas é fundamental a continuidade da luta para sua efetivação.

Segundo Oliveira, Pinheiro⁸ existe uma relação direta entre as relações de poder e o processo de participação, sendo este uma forma de poder, pois quando organizados os grupos conquistam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e adquirem capacidade de se relacionar com o poder. Sendo uma das metas do Ministério da Saúde, descrita Caminhos do Direito à Saúde no Brasil⁹, “fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS ampliando o grau de consciência sanitária, como nos ensinou Giovanni Berlinguer, e o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, bem como o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais”.

Assim examinando a participação nos Conselhos de Saúde, Educação e Assistência Social (conselheiros governamentais) observaram-se que:

No Conselho Municipal de Saúde estiveram presentes representantes das Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social em oito das doze reuniões analisadas. No Conselho Municipal de Assistência Social estiveram presentes representantes da Secretaria Municipal de Saúde em nove reuniões e da Secretaria Municipal de Educação estiveram presentes em oito das doze reuniões. Já no Conselho Municipal de Educação não existem representantes das Secretarias analisadas em sua composição.

Os conselheiros obtiveram presenças em torno de 70% das reuniões, o que se configura como uma participação efetiva, mas não analisaremos as ações e contribuições dos mesmos nas discussões e deliberações nos conselhos.

Baseados em Guizardi, Pinheiro¹⁰, relacionando o objeto de estudo deste artigo com a participação social, podemos perceber que, se a construção do direito à saúde realiza-se em consonância com a intersetorialidade, ela tem como maior desafio a produção em seu âmbito de um regime democrático e participativo. Afinal, a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersetorialidade em gestão ainda se configura como um processo desafiante a ser consolidado. Para

o estabelecimento deste conceito na prática a gestão deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos e que, atualmente, ainda não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados na nossa realidade administrativa.

Sua construção, que se manifesta em inúmeras iniciativas, é parte de um processo transformador no modo de planejar, realizar e avaliar as ações, passando a cobrar das instituições e dos sujeitos envolvidos um reordenamento na implementação das manifestações pontuais no conjunto das políticas públicas.

Através da análise dos documentos percebeu-se que no município de Balneário Camboriú existem ações intersetoriais voltadas aos condicionantes em saúde, mas não se encontra uma gestão intersetorial do setor de saúde que agregue força e direcionamento a estas ações, sendo elas mais ações isoladas com um fim comum do que realmente um conjunto de ações intersetoriais.

As Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social, que tem relação fim com a saúde apresentam mais ações intersetoriais do que a própria Secretaria de Saúde, gerando esta falta de direcionamento e a sub-utilização dos recursos financeiros, materiais e humanos para a promoção de saúde.

A setorialização trata o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações sejam para a mesma criança, a mesma família, o mesmo trabalhador num mesmo espaço territorial e meio ambiente. Ocorre uma atuação desarticulada que vai contra os projetos e gestores democráticos e inovadores.

Na questão da participação nos conselhos municipais pelos representantes governamentais talvez deva se levantar, em outro estudo, a utilização destes espaços e conselheiros na efetivação da política intersetorial de gestão, sendo estes locais intrinsecamente de trocas e produções coletivas.

Para concluir, baseamo-nos em Moysés et al³ que coloca a ausência de conhecimento de ação intersetorial e a dificuldade de financiamento de ações intersetoriais tem sido vividas no dia a dia, na gestão da saúde. O segmento que detém o poder que acaba prevalecendo nos processos de decisão mais a dificuldade dos profissionais da saúde em olhar além

do objeto específico da sua atuação, em situações contaminadas pelo corporativismo da classe, caracterizam aspectos da cultura institucional geral do setor público. Também as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações. Na prática, apesar da decisão política, a intersetorialidade não ocorre automaticamente é um exercício de construção diário com avanços e retrocessos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade 2001. p. 102-104. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>> Acesso em: 02 Abr. 2008.
2. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. 2000. p. 12-24. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_rap_artigos.asp?cdi=7> Acesso em: 02 Abr. 2008.
3. Moysés SJ; Moysés ST; Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Col* 2004; 9(3): 627-641.
4. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Acesso em: 09 Ago. 2008.
5. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. 2008. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_roseni1.pdf>. Acesso em: 07 Ago. 2008.
6. Minayo MCS; Assis SG; Souza ER (org). Avaliação por triangulação de dados: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Oswaldo Cruz; 2005. p. 25-34.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Seção II - DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 09 Ago. 2008.
8. Oliveira LC; Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2449> Acesso em: 07 Ago. 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p.24.
10. Guizardi FL; Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. 2006. p. 798. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>> Acesso em: 02 Ago. 2008.