

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: E O *EMPOWERMENT* DOS CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE - CLS.

Claudio Alex de Souza Sipriano¹

Janine Moreira²

Jacks Soratto³

RESUMO

Estudo derivado da Dissertação de Mestrado de cunho qualitativo e exploratório-descritivo. Teve como objetivo analisar o entendimento dos CLS de um bairro do município de Criciúma-SC sobre a Participação Popular e o Controle Social, mediante os Círculos de Cultura -CC. Participaram do estudo 12 Conselheiros Locais de Saúde. Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram: observação participante com diário de campo, entrevista coletiva e os CC. Os dados foram analisados por categorias estabelecidas previamente conforme Gomes (2003). Os resultados indicam que a participação, é um processo de discussão entre as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade e o controle social é percebido pelos conselheiros como: fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde; controle do trabalho dos profissionais; direito de brigar pelo o que se tem direito e que não sabem o que é o controle social. Essas formas de entendimento nos parece estar ligada a um pensamento coletivo, o que indica e pode dar pista a apropriação do *empowerment* comunitário.

Palavras Chaves: Controle Social. Conselhos Locais de Saúde. Participação Popular.

ABSTRACT

Study of Master's Dissertation derived from a qualitative, exploratory and descriptive. Aimed to examine the understanding of CLS in a neighborhood of the city of Cricklewood-SC on Popular Participation and Social Control by the Culture Circles-CC. The study included 12 Local Health Board. The instruments to collect research data were: participant observation with a field journal, a news

conference and CC. Data were analyzed as previously categories established by Gomes (2003). Results indicate that participation is a process of discussion among people to find answers to

¹ Mestre em Educação, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Especialista em Gestão da Atenção Básica em Saúde pela UNESC. Graduado em Enfermagem pela UNESC. Coordenador Regional do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina – Coren-SC. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: claudiocriciuma@yahoo.com.br

² Doutora em Psicopedagogia pela Universidad de Cordoba/Espanha, convalidado como Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Curso de Psicologia e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação, Mestrado em Educação, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: jmo@unesco.net

³ Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista Capes DS. Endereço Rua João de Rochi, nº 206 Estação Cocal, Morro da Fumaça/SC. Email: jackssoratto@hotmail.com

community problems and social control is perceived by counselors as community supervision by the board of health, control of the work of professionals; fight for the right to what is right and do not know what is social control. These forms of understanding seems to be linked to a collective thought, which includes and can lead to the appropriation of community empowerment.

Keywords: Social Control. Local Councils Health. Popular Participation.

INTRODUÇÃO

Na história da saúde pública brasileira a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco, pois se concretizou em um espaço de voz coletiva para a democratização dos espaços participativos na saúde. Na 8ª CNS os diversos movimentos sociais organizados almejavam que saúde fosse direito de todos e dever do Estado, além de ser direito no sentido de acesso aos serviços assistenciais, reivindicavam por espaço de participação popular e de controle social. (VALLA, 1998; WENDHAUSEN, 2002).

Conquistas efetivadas dois anos mais tarde com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece, através do Artigo 196 que: **“saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”**. (BRASIL, 2005, pág. 212).

A garantia de saúde apontada na Lei Magna como direito universal efetivou-se com a implantação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080. Já a participação popular e o controle social na saúde são promulgados na Lei nº 8142, também no ano de 1990.

Dentro do contexto participativo com foco no controle social os Conselhos de Saúde (CS) representam hoje o principal espaço de participação e controle social no SUS. Pesquisa realizada no ano de 2005 aponta que “existem aproximadamente 5.537 Conselhos de Saúde, atingindo quase todos os 5.560 municípios brasileiros, envolvendo cerca de 86.414 conselheiros”. (CORREIA, 2005).

Os CS são instâncias colegiadas constituídas em cada esfera de governo, ou seja, existem os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, que têm caráter permanente e deliberativo, os quais atuam, segundo disposto da Lei nº 8142/90 em seu “1º Artigo, no

inciso § 2º: na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. (BRASIL, 1990).

Essa lei ainda cria as Conferências de Saúde, espaços coletivos onde se reúnem a cada quatro anos os representantes dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes - municipal, estadual e federal - “convocadas pelo poder executivo ou pelos Conselhos de Saúde”. (BRASIL, 1990).

Como regra geral, a composição dos conselhos está pautada pela participação de 50% da comunidade, visando maior participação da população através do controle social sobre as políticas de saúde, os demais representantes são compostos por 25% para trabalhadores de saúde, e 25% para gestores e prestadores de serviços. (BRASIL, 1990).

Destacamos que, apesar de não ser citado na Lei nº 8142/90, existe o Conselho Local de Saúde que, na ordem hierarquizada, ocupa a base da pirâmide, ou seja, é o conselho que se localiza nos bairros que, em termos de representatividade, segue a mesma lógica dos demais conselhos, é claro, dentro de suas especificidades.

Na realidade, esse Conselho nem sempre está estruturado nos bairros, ou quando existe, nem sempre tem voz ativa na tomada de decisões na saúde, atendendo, muitas vezes, a requisitos meramente político-partidários, pois muitos assim o utilizam. Por outro lado, a população, que é majoritária em sua representatividade, muitas vezes quase não tem voz e vez na tomada de decisões. (SIPRIANO, 2012).

A composição desses conselhos se pauta na representatividade majoritária de usuários (50% ou mais), almejando o predomínio popular. Mas, como formar conselhos de saúde em que a maioria da população não sabe nem o que significa a sigla SUS? Como equalizar a participação social através dos profissionais de saúde, que mal têm tempo para atender à burocracia dos serviços e realizar a assistência ao sujeito? As questões colocadas apontam para uma mobilização coletiva na formulação desses conselhos, mas, na prática, eles são idealizados pelo grupo político que ocupa o poder, nem sempre partindo da iniciativa dos profissionais locais ou da comunidade.

Os avanços nas últimas décadas das políticas públicas de saúde, como a criação e a institucionalização dos conselhos, leis, regulamentações e decretos sobre a participação e o controle social são de grande relevância para o setor saúde. Mas concordamos que “[...] a mera instituição legal destes órgãos colegiados mistos parecia não garantir, de modo automático, a possibilidade de participação dos usuários nas decisões da saúde”. (WENDHAUSEN, 2002, pág. 48).

Por outro lado, não podemos negar que a institucionalização dos conselhos possibilitou, ao longo da história, a visibilidade dos movimentos sociais e a garantia de espaços reguladores para seu exercício, o que tem contribuído para o aumento da participação popular e do controle social junto aos órgãos do governo. (SIPRIANO, 2012).

Correia, discutindo o tema controle social, destaca duas formas de entendê-lo. A primeira entende o controle social como o controle do Estado sobre a sociedade, e a segunda como o controle da sociedade sobre as ações do Estado. (CORREIA, 2005). Essa dupla concepção do controle social, entendemos estar presente na prática dos conselhos, o que pode confundir o entendimento dos conselheiros sobre o que realmente venha a ser o controle social. E, por outro lado, o lócus dos conselhos pode tornar-se espaço de manutenção de relações de opressão e manipulação política de seus membros, quando é entendido o controle social como controle da sociedade pelo Estado.

Entendemos que o controle social é a prática realizada pelos conselheiros, com intuito de fiscalizar os recursos financeiros e deliberar ações as autoridade públicas, visando fortalecer as políticas públicas de saúde.

Outra realidade dos CS que obstaculiza o controle social é a presença do domínio da fala por parte dos técnicos, que geralmente representam o segmento do governo, “devido sua escolaridade acabam tendo uma relação direta com a possibilidade de fala dentro do conselho, em determinado contexto fazem calar, ou ao contrário, fazer falar”. (WENDHAUSEN; CAPONI, 2012, pág.1623).

A hegemonia dos técnicos dentro dos CS faz com que haja uma repressão das falas dos sujeitos que representam os usuários com graus escolares menores, pois, “[...] diante do técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista [...]”. (WENDHAUSEN; CAPONI, 2012, pág.1624).

Essa relação de poder dentro dos Conselhos de Saúde, além de inviabilizar o diálogo, estabelece um distanciamento entre os saberes dos usuários e dos técnicos (profissionais de saúde), o que contribui para o fortalecimento da opressão e diminuição da participação popular e do exercício do controle social.

Nesse artigo, apontamos que, apesar da garantia legal da participação popular, o controle social não se efetiva, já que não temos, na prática, um sistema de saúde participativo. Isso aponta para a necessidade de novas estratégias para que a população exerça o controle social e tenha o “*empowerment* comunitário” (empoderamento comunitário). Neste sentido, os Círculos de Cultura estabelecidos por Paulo Freire podem ser uma alternativa.

O conceito de “*empowerment* comunitário” suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação *visando* “[...] o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida”. (CARVALHO, 2004, pág. 676).

O autor citado anteriormente, Carvalho, situa Paulo Freire como um dos precursores do conceito de “*empowerment* comunitário”. Entendemos, assim, que este *empowerment* advém do processo de conscientização que, por sua vez, tem nos Círculos de Cultura uma metodologia eficaz. O Círculo de Cultura de Paulo Freire não é apenas um método de alfabetização, atividade de Freire quando do início de sua atuação, nos anos 1950 no Brasil. É uma forma de conscientização. Conscientização, no sentido de Freire, “[...] implica que os homens assumam seu papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...], está baseada na relação consciência-mundo”. (FREIRE, 2001, pág. 26).

Dentro dessa perspectiva, desenvolvemos Círculos de Cultura de Paulo Freire, por entender que a saúde e a educação caminham juntas. Com base no exposto, o artigo objetiva analisar o entendimento dos Conselheiros Locais de Saúde de um bairro pertencente ao município de Criciúma-SC sobre a Participação Popular e Controle Social, a partir dos Círculos de Cultura freireanos. O mesmo está subdividido em três tópicos além da introdução, a saber: Metodologia onde apresentamos o desenho do estudo; Resultados

Discussão onde apresentamos a discussão das categorias provenientes da pesquisa e as considerações finais.

METODOLOGIA

O presente artigo tem origem da Dissertação de Mestrado intitulada “Educação Popular: Círculos de Cultura e os limites e as possibilidades de empowerment do Conselho Local de Saúde” (SIPRIANO, 2012), desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). O estudo foi de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), do tipo exploratória-descritiva (CERVO, BERVIAN, DA SILVA, 2007), configurada nos moldes da pesquisa participante (BORTEF, 1999) e estruturada a partir dos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Os participantes deste estudo foram o universo de 12 Conselheiros Locais de Saúde, residentes em um bairro periférico da cidade de Criciúma – SC. No intuito de preservar a identidade dos sujeitos foi adotada a denominação “CLS” (forma de abreviar Conselheiro Local de Saúde), seguida de uma numeração romana de I a XII, por exemplo: CLSI, CLSII.

Os instrumentos de coleta de dados foram: observação participante com anotações em diário de campo, entrevista coletiva e os Círculos de Cultura. Para a coleta dos dados foi utilizado um gravador de áudio. Estabelecemos três passos para atender a estes princípios metodológicos: **primeiro**: realização de um encontro com os conselheiros para apresentação da proposta; **segundo**: observação de duas reuniões do conselho, visando entender como os mesmos as organizam; **terceiro**: realização de 05 Círculos de Cultura, objetivando discutir os temas geradores: 1-Saúde, 2-Programa Saúde da Família – PSF, 3-Participação Popular e Controle Social e 4-Conselho de Saúde. No último Círculo de Cultura foi realizada uma entrevista coletiva com a utilização de um roteiro norteador. Os dados foram transcritos e posteriormente analisados segundo categorias. (GOMES, 2003).

Destacamos que da discussão dos quatro temas geradores apresentados anteriormente, emergiram 19 categoria específicas. Neste artigo nos detemos a discutir os resultados do terceiro Círculo de Cultura, onde problematizamos com os Conselheiros Locais de Saúde os temas geradores Participação Popular e Controle Social.

O Círculo de Cultura onde discutimos os temas geradores Participação Popular e Controle Social, teve a duração de 43 minutos e 36 segundos e contou com a participação de 07 conselheiros de saúde. O objetivo deste encontro foi compreender o entendimento dos CLS sobre a participação popular e o controle social. Optamos por discutir as duas categorias em um único momento, pois compreendemos que facilitaria o entendimento por parte dos conselheiros, dado o seu entrelaçamento, e não correríamos o risco de os conselheiros compreenderem essas categorias como coisas distintas. Foi utilizado nesse encontro o recurso audiovisual de um aparelho Data Show, onde projetamos imagens dos próprios sujeitos e algumas captadas via internet, que simbolizavam momentos de encontros com representantes do governo e de Conferências de Saúde.

Além da utilização das imagens, foram projetadas as seguintes questões visando nortear a discussão proposta: **O que é participação popular? Através de que espaços a população participa na área da saúde? Para quê a participação popular na área da saúde? O que é controle social?** A discussão deste Círculo de Cultura resultou na formulação de 05 categorias específicas, que apresentaremos ao longo dos resultados e discussão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, parecer nº 266/2010, e os sujeitos da pesquisa, após serem esclarecidos sobre o processo investigativo e seus objetivos, aceitaram voluntariamente dela participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A seguir apresentamos as categorias específicas, agrupadas após análise dos dados.

Discutir com as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade.

Esta categoria específica traz o entendimento dos conselheiros sobre o que vem a ser a participação popular, em que os mesmos apontam a participação popular como um grupo de diversos segmentos sociais que se reúnem para discutir e buscar respostas dos problemas da comunidade, junto à administração pública, conforme elucida a fala do

conselheiro: *“É pegar, em minha opinião assim, arranjar todas as pessoas, como diz E.D., tanto de grupo de jovens, como o de igreja e tudo e, como é que eu vou dizer... e discutir. Buscar lá na administração, no caso da prefeitura, respostas para os problemas que se têm numa comunidade”.* [CLS VIII].

A fala do conselheiro indica que existe certa compreensão de que a participação popular serve, além de outras coisas, para buscar soluções para os problemas da comunidade. Por outro lado, não vê o próprio Conselho Local de Saúde como um espaço reivindicatório popular, ou seja, o mesmo parece não ter ligação como um espaço participativo, havendo a necessidade de reunir outras pessoas, extra-conselho, para busca de melhorias.

Entendemos que essa atitude de agregar outras lideranças, na essência, parte de um princípio democrático, mas nos dá a ideia que o foco não é a discussão entre os agentes da comunidade e sim fazer volume de pessoas para fortalecer a cobrança junto às autoridades, com se fosse uma espécie de pressão, que também se faz necessário em alguns momentos específicos. O que nos preocupa nesse entendimento é que os conselheiros não parecem se sentir representantes da comunidade, através do Conselho Local de Saúde, e nesse sentido, o *empowerment* que se faz é o psicológico, no qual as pessoas são agrupadas e alvos de determinadas atividades, sem discutir as necessidades de transformação do meio e de condições sociais de existência. (CARVALHO, 2004).

Outro fato que nos chama atenção é que os conselheiros não citaram a participação popular como uma garantia legal instituída, o que pode estar relacionado com a falta de conhecimento das leis da saúde, o que, de certa forma, prejudica o processo de *empowerment*, uma vez que saber as bases legais do SUS é um passo para poder dialogar com os técnicos (no caso, os da administração), que, muitas vezes se colocam como os detentores do saber devido sua escolaridade. (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde.

Os conselheiros de saúde, nessa categoria específica, identificaram o Conselho Local de Saúde como um espaço de exercício do controle social enfocando a fiscalização e o

controle junto ao poder público, no sentido de controlar o atendimento e as questões que tangem à saúde, conforme elucida a fala: “[...] *controle social seria a fiscalização, digamos, da comunidade junto ao conselho de saúde, ou o conselho de saúde junto ao poder público fiscalizando, controlando. Controlando nosso atendimento, controlando a nossa saúde.*” [CLS V].

Essa forma de entendimento parece ser propositiva para o processo de *empowerment*, uma vez que o controle social, como foi enfocado pelos conselheiros, seria o controle social destacado como o controle da sociedade sobre o Estado, o que fortalece a ação dos conselheiros, uma vez que não é o controle do Estado sobre a sociedade, o que restringiria a atuação dos conselheiros a meros espectadores. (CORREIA, 2005).

A dimensão resgatada pelos conselheiros de saúde, nessa categoria, parece nos dar pista que existe um processo de apropriação da legislação da saúde no que diz respeito ao controle social e participação popular diferenciado entre os membros do conselho, o que pode estar vinculado ao grau de escolaridade, pois o conselheiro que expôs a fala anterior possui ensino superior incompleto, e parece ter maior facilidade de se apropriar de informações sobre a legislação da saúde.

Mas por outro lado, existem conselheiros que possuem grau de escolaridade inferior, que entendem o conselho como somente controlar o trabalho dos profissionais, como uma briga individual, e outros nem fazem ideia do que seja, conforme apresentaremos nas próximas categorias.

Controle sobre o trabalho dos profissionais.

Nesta categoria específica, o controle social aparece como forma de fiscalização dos conselheiros sobre o trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família [ESF], conforme indica a fala a seguir: “[...] *nós temos que estar controlando, que não temos médica, sei lá, controlando as agentes comunitárias, que levam uma consulta às duas horas, e não voltam mais para o postinho [se refere à ESF]. e assim vai.*” [CLS VIII].

A forma como esse conselheiro concebe o controle social parece indicar que a fiscalização não está voltada para controle dos insumos materiais e recursos financeiros da

saúde, mas sim para punir os profissionais da ESF. Essa forma de ver o controle social é prejudicial para o processo de criação de vínculo com os profissionais da ESF, assim como para o fortalecimento do Conselho Local de Saúde, uma vez que uma ação fiscalizadora com esse foco pode trazer conflitos entre comunidade e os profissionais, além de inviabilizar a ação dialógica que faz parte do processo de conscientização, na ótica freireana. (FREIRE, 2005).

Esse mesmo conselheiro aponta o controle social além da fiscalização dos profissionais da ESF, como a fiscalização do trabalho da agente social, conforme a fala: *“Ficar de olho no trabalho que a assistente social faz, nos remédios que ela dá, nas fraldas...”* [CLS VIII].

Essa forma de se expressar demonstra o distanciamento que existe entre os profissionais da ESF com o conselho, pois citar um profissional que não é do quadro de funcionários da ESF nos dá a ideia que o conselheiro não conhece os profissionais que ali trabalham. Ou, por outro lado, pode o conselheiro ter associado à palavra social do controle social com a assistência social, e ter formulado esse raciocínio.

Ter direito de brigar pelo que eu tenho direito.

Nesta categoria específica o controle social apareceu como um briga individual, na conquista ao acesso à saúde e seus bens de consumo como medicação, consulta médica e exames, e até mesmo informação, conforme elucida a fala: *“Eu acho que controle social é tu saberes o que tens, vamos supor assim, eu vou ali na Unidade fazer o controle do que acontece, do que não acontece, do que eu tenho direito, do que eu não tenho, esse eu acho que é o controle. Vamos supor, eu tenho direito em especialistas, eu tenho direito de remédio, eu tenho direito das coisas, exames, e eu posso brigar porque eu tenho direito, eu acho que isso deve ser controle social”.* [CLS IX].

Esse entendimento de controle social como forma individual, de lutar para ter acesso a bens de consumo de saúde, pode estar relacionado com a dificuldade de acesso aos mesmos por parte dos próprios conselheiros. E, por outro lado, não podemos negar que é um reflexo da sociedade capitalista em que vivemos, onde o culto ao consumo de

mercadorias se faz. Por outro lado, esta visão reafirma a constituição federal no tocante aos direitos de cidadania.

Controle social, eu nem faço ideia.

Nesta categoria específica, os conselheiros relaram não terem ideia do que é o controle social, ou que sabiam e se esqueceram, conforme as falas: “*Eu nem faço ideia*” [CLS X]. “*Eu sabia, mas esqueci*”. [CLS I].

Talvez essa falta de conhecimento esteja relacionada ao fato dos dois conselheiros que se manifestaram estarem fazendo parte pela primeira vez do Conselho Local de Saúde. Nesse sentido, a discussão dos Círculos de Cultura pode ter contribuído com o aprendizado dos mesmos, uma vez que outros conselheiros tinham noção do que seria o controle social.

Outra reflexão que podemos fazer deste Círculo de Cultura mediante as categorias específicas formuladas é que os CLS apresentam deficiências em sua compreensão sobre temas centrais para sua atuação, como: falta de entendimento de seus papéis; poucos cursos de capacitação; predomínio da visão biologicista de saúde; desarticulação entre usuários e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na discussão das temáticas Participação Popular e Controle Social ficou evidente que os conselheiros associam a participação popular a um processo de discussão entre as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade; essa forma de entendimento nos parece estar ligada a um pensamento coletivo, o que indica e pode dar pista ao *empowerment* comunitário. Já o controle social é percebido pelos conselheiros de três formas: primeiro, os que associam o mesmo à fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde e ao controle do trabalho dos profissionais; a segunda forma como o direito de brigar pelo o que se tem direito; e a terceira diz respeito aos conselheiros que não sabem o que é o controle social.

Isso indica que nós, que acreditamos na educação popular libertadora e empoderadora, temos que nos empenhar ainda muito para que o idealizado no SUS seja concretizado, e que a participação popular seja realmente consubstanciada no controle social.

REFERÊNCIAS

BOTERF, L, Guy. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In BRANDÃO, R, Carlos (Org). Repensando a Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRASIL. Congresso. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação popular da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONSEMS. O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A Participação em Saúde: Concepções e Práticas de Trabalhadores de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Texto & Contexto Enfermagem, abril/jun; 16 (2), p. 271-9, Florianópolis – SC, 2007.

CARVALHO, R, Sergio .Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro. vol.20, n.4, pp. 1088-1095, 2004 ISSN 0102-311X. Disponível em www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/24.pdf. Acesso em 28 de abril de 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P, A, DA SILVA, R. Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CORREIA, C,V, Maria. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FREIRE. Paulo. Conscientização: Teoria e Prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

FREIRE. Paulo. Pedagogia do Oprimido. 48ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 67-80.

MINAYO, C, Maria. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec , 2010.

SIPRIANO, A Claudio. Educação Popular: círculos de cultura e os limites e as possibilidades de empowerment do conselho local de saúde. 2012. 121 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Educação) Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

VALLA, Victor Vincent Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 14 (sup.2), p. 7-18, 1998.

WENDHAUSEN, Águeda. O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.