

Conselho Estadual de Saúde do Amapá: controle social como forma de empoderamento da sociedade

Silvana Rodrigues da Silva¹, Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello², Marluclena Pinheiro da Silva³ e Anneli Mercedes Celis de Cárdenas⁴

1 Universidade Federal do Amapá, Brasil, Doutoranda em Educação DINTER UNIFAP/UFU, Professora do Curso de Enfermagem da UNIFAP. E-mail: srodrigues@unifap.br

2 Universidade Federal do Amapá, Brasil. Mestre em Desenvolvimento Regional pela UNIFAP, Professora do Curso de Enfermagem da UNIFAP. E-mail: virginia@unifap.br

3 Universidade Federal do Amapá, Brasil, Doutoranda em Educação DINTER UNIFAP/UFU, Professora do Curso de Enfermagem da UNIFAP. E-mail: marluclena@unifap.br

4 Universidade Federal do Amapá, Brasil. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNIFAP. E-mail: celis@unifap.br

RESUMO: Este artigo se propõe inicialmente a levantar dados históricos e documentais sobre o Conselho Estadual de Saúde do Amapá e suas formas de empoderamento desde sua formação até os dias atuais e conhecer finalidades e atuação de seus representantes além de registrar como as Conferências Estaduais de Saúde estão sendo implementadas no Estado. Constata-se que houve modificações em seus textos regulamentares no decurso das gestões, mas sempre com intuito de atender o que diz a Constituição de 1988, e principalmente levando em consideração a participação popular e suas relações entre Estado e sociedade civil organizada através do exercício do controle social na saúde efetivado pelo Conselho e das Conferências Estaduais que se configuram como principal instância formal do empoderamento da sociedade.

Palavras-Chave: Conselho Estadual de Saúde, Controle Social, Conferências Estaduais.

ABSTRACT: State Board of Health Amapá: social control as a means of empowerment of society. This article proposes initially to raise historical data and documentary on the State Board of Health of Amapá and their forms of empowerment since its formation up to the present days and learn about goals and actions of its representatives in addition to record as the Conferences of the State Health are being implemented in the State. It is observed that there were changes in its regulatory texts in the same administrations, but always with the purpose to meet what the Constitution says in 1988, and especially taking into account the participation of the people and their relations between State and civil society through the exercise of social control in health effected by the Council and the State Conferences that constitute the main body formal of the empowerment of society.

Keywords: State Board of Health, Social Control, State Conferences.

1 Introdução

Na atualidade, vive-se a era do conhecimento e da globalização, na qual a sociedade tem demandado dos órgãos públicos, o atendimento imediato para as situações problemáticas relacionadas a diversos aspectos, entre eles às demandas trazidas pelo processo de saúde-doença, tais como falta de saneamento básico, o aumento da violência urbana, a mortalidade por causas externas, o aumento de doenças endêmicas, entre outros problemas de ordem social que procuram as soluções através de políticas públicas.

Em contrapartida, o avanço tecnológico impõe novos saberes para os profissionais que atuam na área da saúde, e o cuidar toma forma de instrumentalização, avanços sem precedentes que objetivam a melhora da qualidade de vida, elevando sua expectativa, levando o conhecimento e a tecnologia como estratégia fundamental para o desenvolvimento de novos cenários no processo do trabalho (MALVAREZ, 2007).

Nesse contexto, pensar em saúde no contexto da globalização é seguir uma trajetória de conquistas da sociedade que vem se consolidando através dos anos. Conquistas estas que perpassaram por lutas contra o regime militar autoritário em busca de uma autonomia e direitos básicos, hoje, garantida na Constituição de 1988, e promulgada após intensa participação popular na qual consagra os direitos sociais expostos em seu art. 6º, incluem educação, saúde, moradia, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição de 1988, representou um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País. Nessas quase duas décadas, o processo de consolidação do SUS implicou mudanças na legislação, buscando garantir a implementação do sistema e acompanhar as transformações econômicas e sociais do País. As principais leis federais que regem o sistema são elas a Lei orgânica da Saúde - Lei nº 8080/90; a Lei nº 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências de recursos financeiros para a área da Saúde, a Norma Operacional Básica do SUS – NOB, e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (USSEIR, 2007).

Nesse sentido, após os anos 90, estabelece-se diversas regras garantidoras da “sociabilidade” e “co-responsabilidade”, entre as pessoas, os diversos grupos e camadas socioeconômicas. As políticas foram adotadas voltadas para a municipalização, tais políticas transformam os governos locais nos principais provedores dos serviços universais de saúde e educação fundamental. Nesse sentido, o empoderamento da comunidade, para que ela seja um protagonista de sua própria história, fundamenta-se no processo de mobilização e práticas para promover e impulsionar grupos e comunidades no sentido de crescimento, autonomia, melhoria gradual e progressiva de suas vidas (GOHN, 2004).

A forma de empoderamento se dá através dos Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos que são inovações da gestão das políticas sociais e procuram estabelecer novas bases de relação entre Estado e Sociedade. O que é reforçado por Souza (2004) diz que a institucionalização dos municípios emergiu como exigência da Constituição de 1988 de que todos os municípios fossem regidos por Leis Orgânicas próprias e com

seu envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle social da implementação de políticas sociais.

O controle social é considerado direito conquistado pela Constituição Federal de 1988 através do princípio de participação popular, que representa a participação da sociedade civil na formulação e revisão das regras que conduzem as negociações sobre interesses em jogo. O conceito de controle social utilizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde surgiu do movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, por profissionais de saúde, movimentos populares e militantes de diversos partidos. Esse movimento foi entendido como pluriclassista ou como Partido Sanitário. Sua proposta constitui-se no rompimento com a saúde privada, individual, medicalizante, defendendo a saúde como direito de todos (BRAVO, 2001).

Reforça ainda o autor que o objetivo do movimento sanitário ampliar a concepção da saúde, restrita apenas ao campo biológico, físico e mental, para uma concepção calcada na determinação social da saúde como a defesa de melhores condições de vida e de trabalho da população. Concebe-se a saúde como determinada pelas condições sócio-históricas. Estão previstas duas instâncias de participação nas políticas sociais: as conferências e os conselhos onde se pretende abordar de forma sucinta nesse artigo.

As Conferências de Saúde são eventos que são realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde; portanto influenciam as discussões travadas nos conselhos de saúde.

Os Conselhos de Saúde são espaços de caráter permanente, deliberativo e paritário, compostos por usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Dessa forma são compostos por 50% de usuários e 50% de prestadores de serviços de saúde assim distribuídos conforme Resolução nº 3 de 1992 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 25% de gestores de saúde entre públicos, privados e conveniados e 25% para os trabalhadores da saúde. O principal objetivo do conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo. Os representantes possuem em princípio, não só a capacidade de expressar suas preferências (voz), mas também poder na gestão direta do programa (empoderamento) e no controle dos gestores públicos quanto ao cumprimento das decisões (SOUZA, 2004).

Nesse contexto, este artigo objetiva levantar dados históricos e documentais sobre o Conselho Estadual de Saúde do Amapá e suas formas de empoderamento desde sua formação até os dias atuais, além de registrar como as conferências estaduais de saúde estão sendo implementadas no Estado.

2 Um pouco de história

O texto da Constituição de Estado do Amapá foi promulgado em 2 de dezembro de 1991, este já referenciava a criação do Conselho Estadual de Saúde - CES como instância colegiada no seu art. 257, § 2º, que diz: “O Conselho Estadual de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Poder Público, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde,

inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do Poder Executivo estadual”.

No entanto, o CES, foi criado pela Lei nº 0046 de 22 de dezembro de 1992 publicada no Diário Oficial do Estado nº 0494 de 24 de dezembro de 1992, tendo como governador o Exmo. Sr. Annibal Barcellos. A referida Lei dispõe sobre a criação, composição e atribuições do conselho. O que chama atenção nesta Lei em seu art. 4, Título II, trata sobre a composição, diz que o conselho será formado por doze membros efetivos e três suplentes a serem nomeados pelo governador do Estado para um mandato de quatro anos e ainda em seu § 2º o Conselho terá como membro nato, o que presidirá, o titular da Secretaria de Estado da Saúde Pública.

Entretanto, esta redação foi alterada pela Lei nº 0689 de 07 de junho de 2002, publicado no Diário Oficial do estado nº 2800 de 07 de junho de 2002, durante a gestão da Exma. governadora Sr^a. Maria Dalva de Souza Figueiredo, a qual passa a ter os seguintes dados em seu art. 4 “O Conselho Estadual de Saúde será constituído por 16 (dezesesseis) conselheiros titulares e os respectivos suplentes”. Tal alteração atende os requisitos constantes nos documentos do SUS que reforça a representação dos usuários necessariamente ser paritária.

Nesses termos, a composição foi distribuída da seguinte forma: representantes dos prestadores públicos e privados, quatro conselheiros; representantes da área dos profissionais de saúde, quatro conselheiros e representação paritária dos usuários e sociedade civil organizada, oito conselheiros nos termos do § 3º, do art. 257 da Constituição do Estado do Amapá. Outras alterações bastante significativas constam da Lei nº 0689 de 07 de junho de 2002, no § 1º diz que o presidente do Conselho Estadual de Saúde será eleito dentre e pelos seus membros e no § 2º os membros titulares e suplentes do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados pelo Governador do Estado mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representarem.

O documento mais recente que reforça os objetivos do Conselho Estadual de Saúde do Amapá como um órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, é o Código de Saúde do Estado do Amapá disposto na Lei nº 0719 art. 32 de 12 de novembro de 2002, ainda na gestão da Governadora Exma. senhora Maria Dalva de Souza Figueiredo, regulamentado pelo Decreto nº 7674, de 02 de dezembro de 2003, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de Controle Social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados.

O Regimento Interno foi aprovado em 02 de julho de 2004, tendo como presidente do CES-AP Sr. Venceslau Jackson da Conceição Pantoja, e publicado no Diário Oficial do Estado no dia 13 de abril de 2007. Este traz em sua estrutura cinco capítulos, a saber: Capítulo I – Da Natureza e Finalidade; Capítulo II – Das Competências; Capítulo III – Da Organização; Capítulo IV – Da Organização Administrativa e Capítulo V – Disposições Gerais.

Nesse momento serão descritos sucintamente aspectos relevantes do respectivo Regimento Interno.

Capítulo I – Da Natureza e Finalidade:

Reforça que é um órgão de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente tem por finalidade atuar na formulação e controle de execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados.

Capítulo II – Das Competências:

Está disposto no art. 3 e apresenta dezoito incisos, na qual reforça o poder deliberativo do conselho. As ações são definidas através de verbo no infinitivo, a saber: deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde, sobre as propostas de normas básicas estaduais para operacionalização do SUS; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de Planos de Saúde do SUS, diretrizes gerais quanto a políticas de recursos humanos para a saúde no âmbito estadual; Participar da regulação e do Controle Social do setor privado da área de saúde; Aprovar as propostas setoriais da saúde no Orçamento Estadual, a organização e as normas de funcionamento, os critérios e o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde; Criar, coordenar e supervisionar. Comissões Intersetoriais: propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanentes de recursos humanos do SUS, melhoria da finalidade do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e fiscalização; definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS; articular-se com outros conselhos; acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde; e divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social.

Capítulo III – Da Organização:

Está disposto entre os artigos 4 ao 25, (o artigo 26 está suprimido); distribuídos nas seções I e II. De acordo com o art. 4 o Conselho Estadual de Saúde tem a seguinte organização: 1. Plenário; 2. Comissões Permanentes e Grupos de trabalho; 3. Mesa Diretora e 4. Secretaria executiva.

Na seção I, informa que o Plenário, é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias. A Subseção 1 informa a composição do plenário, iniciando no art. 6 até o 24. No art. 6 diz que a composição do plenário será composta por 20 (vinte) membros, conforme o art. 1º do Decreto 7674/03 garantindo a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Entretanto, esta composição discorda da Lei nº 0689/2002 que informa que a composição é de dezesseis (16) membros. Os representantes, titular e seu suplente, terão mandato de dois anos. Será substituído aquele que deixar de comparecer a três reuniões ordinárias e/ou extraordinárias consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano civil.

O Conselho reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente por convocação do seu Presidente. As reuniões serão iniciadas e mantidas se contarem pelo menos com a presença de metade mais um de seus membros, cada membro terá

direito a um voto, as deliberações observado o seu quorum serão tomadas pela maioria simples de seus membros. As Resoluções serão homologadas pelo Governador e publicadas no Diário Oficial do Estado no prazo máximo de trinta dias após aprovação do plenário.

Na Seção II, trata das atribuições dos representantes do colegiado. Segue entre o artigo 25, no entanto observa-se no documento que o art. 26 foi suprimido. O art. 25 refere às atribuições dos conselheiros, possui dez incisos e um parágrafo único. As atribuições seguem verbos no infinitivo, encontra-se zelar pelo pleno desenvolvimento e atribuições do conselho; estudar e relatar as matérias na qual foram distribuídas; apreciar e deliberar sobre tais matérias; apresentar moções sobre interesses da saúde; acompanhar os serviços de saúde; apurar e cumprir determinações e manter o decoro em relação aos conselheiros, as autoridades constituídas e aos visitantes.

Capítulo IV – Da Organização Administrativa

Apresenta o art. 27, Seção I, referente à estrutura, composto por sete incisos, trata das atribuições da secretária executiva. Prepara antecipadamente as reuniões incluindo os convites, informes, remessas de material aos conselheiros e outras providencias; acompanha as reuniões; dar encaminhamento as conclusões do plenário, apóia os trabalhos das comissões e grupos de trabalho; despacha os processos e expedientes de rotina e acompanha e informa a plenária o índice de frequência e falta do conselheiro.

Capítulo V – Disposições Gerais.

Este capítulo está disposto em três artigos entre o art. 28 ao 34. Informa que o conselho poderá organizar mesas redondas, oficinas de trabalhos e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologias; os casos omissos e dúvidas serão dirimidos pelo plenário e as comissões e os grupos de trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão municipal, estadual ou federal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer as reuniões e prestar esclarecimentos.

3 Conferências de Saúde

As conferências de saúde juntamente com as conferências nacionais de educação foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, como mecanismo do governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451). Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre.

As respectivas conferências foram inicialmente previstas para serem realizadas a cada dois anos, e apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. No entanto cabe ressaltar que de acordo com a Lei 8.142 de 1990 foi determinado mudança da periodicidade para quatro anos entre as conferências, consagrando-as como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde dos níveis municipal, estadual e nacional.

Neste aspecto, Brasil (2009, p. 11) reforça que:

Conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações (BRASIL, 2009, p.11).

Neste sentido, as Conferências de Saúde representam uma das principais instâncias formais de controle social, onde a participação social permite que a sociedade exerça o controle sobre as condições que determinam o exercício dos direitos se configurando como espaços públicos estratégicos de discussão da saúde, ampliando a divulgação e gerando acúmulo para uma política de saúde mais efetiva.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES) sendo realizada em novembro de 1941, por proposição do Ministro de Saúde Gustavo Capanema. Desde então, foram realizadas 13 conferências nacionais de saúde consolidando a participação popular nas discussões das políticas sociais.

No que diz respeito ao Amapá, há referência na Constituição do Estado de 20 de dezembro de 1991, atualizado pela emenda constitucional nº 0041 de 27 de maio de 2008 em seu art. 257, §1º que informa “A Conferência Estadual de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política estadual de saúde, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Estadual de Saúde, sempre que necessário”.

O Código de Saúde do Estado do Amapá, Lei nº 0719/02, Capítulo V, Seção II, art. 28 ao 31, também refere a Conferência Estadual de Saúde como instância colegiada que expressa a participação da comunidade na gestão do SUS e no controle das ações e dos serviços de saúde.

No Estado do Amapá até a presente data, foram realizadas seis Conferências Estaduais de Saúde. A I CES foi realizada em setembro de 1991 composta de 75 delegados, nesta reforçou a importância da criação do Conselho Estadual de Saúde e a institucionalização da Comissão Intergestora Bi- Partite – CIB.

A II CES foi realizada em julho de 1996, com 132 delegados; a III foi realizada em julho de 2000, com a participação de 220 delegados cujo tema principal preconizou “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização a atenção à saúde”.

Para a IV CES que foi realizada em 2003 com a presença de 300 delegados, o tema central foi “A saúde que temos o SUS que queremos”, onde se abrangeu a seguridade social e a saúde, direito a saúde, educação e informação, gestão participativa, financiamento da saúde, qualidade, acesso, equidade e humanização e, gestão do trabalho em saúde.

A V Conferência Estadual de Saúde do Amapá, CONFES – AP, convocada pelo Decreto nº 586 de 05.06.2007, aconteceu no período de 23 a 26.10.2007, na cidade de Macapá – AP. Teve como tema Central: Amapá Reunido Pela Saúde e Qualidade de

Vida. Com três eixos de discussão, a saber: Eixo I – Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento. Eixo II: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: O SUS na Seguridade Social e Pacto pela Saúde. Eixo III – Participação da Sociedade na Efetivação dos Direitos Humanos à Saúde.

A VI Conferência Estadual de Saúde ocorreu no período de 17 a 20 de outubro de 2011. Trouxe como tema central: Todos usam o SUS. SUS na seguridade social, patrimônio do povo brasileiro. A partir do tema central, o eixo: acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS foi amplamente discutido, participaram 339 delegados, levantando propostas para compor o relatório final a ser encaminhado para a 14ª Conferência Nacional de Saúde que acontecerá no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011.

4 Considerações finais

Os serviços de saúde oferecidos a população ainda necessitam de muitas conquistas para que a população tenha acesso com mais qualidade, porém não se pode omitir que através dos Conselhos Estaduais de Saúde foi criado um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde têm se configurado como espaço público dentro do qual os interesses dos setores populares são representados e no qual os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisões política que lá ocorre, se propondo a avaliar a situação de saúde e discutindo diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis municipais, estaduais e federais respectivamente.

Através dos documentos primários percebe-se a evolução da participação comunitária nas decisões políticas referentes à Saúde do Estado do Amapá, que a partir da efetivação da Constituição de 1988, as políticas públicas foram ganhando respaldo para sua consolidação do desejo da população. Para efetivação das políticas houve necessidade dos Gestores públicos elaborarem os instrumentos necessários em forma de Leis para formalização das conquistas.

Em princípio a Lei de criação do Conselho Estadual de Saúde foi elaborada para formalização da política pública sem ainda haver participação da população, entretanto após a Lei 0046/02 e formulação do Regimento Interno do CES-AP, houve abertura para as discussões nas Conferências Estaduais. Em um segundo momento será dado continuidade ao tema discutindo as propostas apresentadas inicialmente pelo Conselho Estadual de Saúde do Amapá.

Portanto muito do que se conquistou está associado ao envolvimento de amplos setores sociais na formulação e nas lutas pela reforma do sistema de saúde do país. Esse respaldo popular, que confere legitimidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua origem, tem sido reafirmado em todas as conferências de saúde realizadas nas últimas duas décadas, reunindo milhares de cidadãos no processo de identificação de prioridades e estabelecimento de diretrizes para o sistema de saúde do país.

Referências

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRAVO, M.I.S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____.(Org.); ARAÚJO, P.S.X (Org.) **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ: NAPE, 2001.

Governo do Estado do Amapá. CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO AMAPÁ. Texto promulgado em 20 de dezembro de 1991. Atualizado pela Emenda Constitucional de nº 0041, de 27.05.2008. Disponível em: <<http://www.al.ap.gov.br/indconst.htm>>. Acesso em 26 de jun. de 2009.

_____. LEI Nº 0046, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1992. Dispõe sobre a criação, composição e atribuições do Conselho do Estado do Amapá. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 0494, de 24.12.1992.

_____. LEI Nº 0689, DE 07 DE JUNHO DE 2002. Altera e dá nova redação ao art. 4, da Lei nº 046, de 23 de dezembro de 1992. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 2800 de 07.06.02.

_____. LEI Nº 0719, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2002. Dispõe sobre o Código de Saúde do Estado do Amapá. Publicado no Diário Oficial do Estado nº 2911, de 13.11.02.

_____. REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.saude.ap.gov.br/conselho.php>. Acesso em 06 de maio de 2009.

_____. **A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS.** Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, 2003.

_____. **Amapá Reunido pela Saúde e Qualidade de Vida.** Relatório da V Conferência Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade.** v.13, n. 2, p. 20-31, maio-ago, 2004.

MALVÁREZ, S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. **Revista Texto contexto - Enfermagem.** v.16 n.3 Florianópolis jul./set. 2007.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios

das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **Revista São Paulo em Perspectiva,** 18 (2): 27-47, São Paulo, 2004.

USSIER, J.L. **Apontamentos sobre o Direito da Saúde.** Curso de saúde do trabalhador e ecologia humana. Unidade II – Relações de Produção, consumo, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2007.

Artigo recebido em 17 de novembro de 2011.

Aprovado em 30 de dezembro de 2011.