01 ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO ESTADUAL EM PERNAMBUCO(PE) DURANTE A PANDEMIA

Maria Nataly Ferreira dos Santos
Petrônio José de Lima Martelli
Diogenes Ferreira dos Passos
Thaís Bezerra dos Santos Pereira

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap1

RESUMO

O controle social do SUS representa a participação popular no âmbito da gestão pública, através da utilização de meios e instrumentos que denotam poder a população no processo de planejamento, fiscalização, análise e avaliação das ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local. O objetivo deste estudo é analisar a atuação do controle social no estado de Pernambuco durante a pandemia da Covid-19, no período de 2020 a 2023. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa com base em um estudo ecológico longitudinal. Os dados foram secundários e extraídos do portal do Conselho Estadual de Pernambuco e da Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo notas, recomendações e atas de reuniões. Os resultados indicam que o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) teve um papel relevante durante

a pandemia, com destaque para três ações: apoio ao lockdown, repúdio ao uso de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, e denúncias sobre o uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) em hospitais e unidades de saúde de Recife. Conclui-se que, apesar dos desafios impostos pela pandemia, o controle social em Pernambuco foi eficaz na implementação de medidas de enfrentamento à Covid-19.

Palavras-chave: Covid-19, Controle social, Conselhos de saúde, Pandemias

INTRODUÇÃO

Um dos principais marcos históricos na defesa e participação comunitária a nível internacional ocorreu em 1978, através da Conferência de Alma Ata, que explicitou a necessidade de deliberações que implementassem e aplicassem o princípio da participação social no processo de gestão em saúde. No Brasil, essa questão evidenciou-se através de intensas lutas democráticas envolvendo diversos atores sociais que integraram o que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária em 1970. Alguns anos depois, em 1986 através da VIII Conferência Nacional de Saúde, discutiu-se o direito à saúde e a necessidade de criação de um modelo universal ancorado na participação social[1].

Nesse sentido, a participação social tornou-se uma diretriz preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentada e organizada pela Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990 que estabeleceu instâncias para essa participação (as Conferências e os Conselhos de Saúde), determinando as maneiras de organização e composição de seus participantes. Dessa forma, institucionalizaram-se a participação no SUS por meio de conselhos e conferências, criando canais permanentes de atuação democrática para usuários, gestores e trabalhadores[2].

A expressão "controle social" no Brasil pode ser conceituado de diferentes maneiras dependendo do momento histórico. No período da ditadura, esse termo caracterizava-se pelo controle do Estado sobre a sociedade, inviabilizando qualquer tipo de expressão populacional; se levado em consideração o período posterior ao Movimento da Reforma Sanitária, esse termo passa a ser compreendido como uma prática de cogestão pública da sociedade através de seus representantes e ações estatais. De maneira geral, o controle social representa uma conquista da sociedade brasileira no estabelecimento de práticas democráticas e descentralizadas, construído mediante uma ativa cultura democrática que rompe as práticas hegemônicas de poder e autoritarismo, desencadeando um movimento que reforça a corresponsabilidade entre os distintos sujeitos sociais[3].

Exercido principalmente através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e pelas conferências regulares no âmbito de todos os entes estatais, o controle social do SUS representa a participação popular no âmbito da gestão pública, através da utilização de meios e instrumentos que denotam poder à população no processo de planejamento, fiscalização, análise e avaliação das ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local. Esse controle coletivo frente ao Estado, representa uma estratégia de democratização e intermediação estabelecida entre as entidades estatais e a sociedade civil, viabilizando a mobilização de espaços de representação social, negociação e interlocução[4].

A pandemia de Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV2, foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, sendo considerada uma das maiores crises sanitárias no mundo. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em fevereiro de 2020 e sendo um país em desenvolvimento que enfrenta questões sérias relacionadas a um sistema de saúde sobrecarregado, a pandemia de Covid-19 representou um desafio adicional com repercussões econômicas, ocupacionais e psicossociais[5]. Ademais, para os brasileiros, o fenômeno da pandemia de

Covid-19 ocorreu em meio a um período de crise política, marcada por uma série de contrarreformas e desmontes das políticas públicas, podendo-se exemplificar a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos com políticas sociais por 20 anos e/ou o enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do controle social, mediante a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, sendo observado um desinvestimento no SUS[6].

Nesse período crítico, observou-se, em escala global, um cenário de intensa desinformação, cujas consequências foram amplamente negativas para a saúde pública. No Brasil, sob a influência de um governo alinhado à extrema direita, verificou-se a disseminação sistemática de discursos e orientações que contrapunham as recomendações científicas e as diretrizes emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tais narrativas minimizaram a gravidade da pandemia, desestimularam a adoção do isolamento social, relativizaram o uso de máscaras como barreira sanitária e promoveram hesitação vacinal, retardando significativamente a adesão às campanhas de imunização[7].

Com o objetivo de analisar a atuação do controle social no estado de Pernambuco durante a pandemia, o presente estudo se insere entre aqueles que buscam construir um diagnóstico sobre a relação entre a Covid-19 e o controle social, a fim de compreender as mudanças nas dinâmicas, pautas e estratégias de suas instâncias. Espera-se, assim, questionar o funcionamento dos Conselhos de Saúde no contexto pandêmico, avaliar como os desafios organizacionais foram enfrentados e analisar se as pautas gerais de defesa do SUS, bem como as demandas específicas geradas pela pandemia de Covid-19, foram adequadamente atendidas.

MÉTODOS

A metodologia qualitativa trabalha com um conjunto de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social[8], no contexto onde ocorrem e do qual fazem parte[9]. Assim, temos um conjunto de pressupostos teóricos que fundamentam a escolha dos métodos,

os quais são usados para coletar, analisar e processar os dados, além de entender determinados fenômenos ou situações. Dentre os métodos qualitativos de pesquisa, o presente trabalho caracteriza-se como um estudo ecológico longitudinal que analisa a atuação do controle social no âmbito do estado de Pernambuco (PE) durante o período pandêmico. Uma vez que essa forma de estudo se utiliza uma situação de saúde (doença ou comorbidade) e a exposição de interesse entre grupos de pessoas (países, regiões ou municípios) para analisar a possível existência de associação entre eles[10].

Assim, é importante ressaltar a finalidade do estudo em construir uma análise crítica de como se deu a atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES) de Pernambuco e sua relação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), além de identificar ações favoráveis e desfavoráveis durante a pandemia de Covid-19. Ademais, no que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão, para critério de diagnóstico, serão aproveitadas todas as manifestações do controle social referente ao CES durante a pandemia no estado de Pernambuco (PE). E, quanto às considerações éticas, por se tratar da manipulação de dados secundários e de acesso público, disponibilizados pelo CES e pela SES, não houve necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Ressalta-se que a busca pelos dados encontrou algumas adversidades devido à falta de atualização do site da CES/PE durante o período da pesquisa (Setembro de 2023 a Agosto de 2024).

RESULTADOS

Publicações e temporalidade das manifestações do CES/PE

Ao longo dos três primeiros anos da pandemia de Covid-19 (2020–2022), constatou-se que 100% das notas de posicionamento emitidas pelo CES/PE entre 2020 e 2023 foram publicadas nos dois primeiros anos do período analisado. Esta distribuição temporal concentra a produção documental do Conselho no início da emer-

gência sanitária. Em relação aos atos institucionais (atas e resumos de reuniões ordinárias), 80% dos documentos foram publicados no primeiro ano de pandemia (2020), indicando intensa atividade deliberativa e/ou registral no primeiro ano da crise.

Posicionamento sobre medidas de distanciamento social ("lockdown")

O CES/PE aprovou, em votação virtual, o primeiro documento formal de posicionamento em 8 de maio de 2020, expressando defesa do lockdown como medida de proteção coletiva para mitigação da disseminação viral.Observou-se que esse posicionamento ocorreu em momento anterior ao registro de um marco epidemiológico citado no material original (dados locais apresentados pelo CES/PE), o que evidencia postura proativa do Conselho frente ao cenário incipiente.

Posicionamento quanto ao uso da cloroquina e hidroxicloroquina

Mesmo após a publicação de orientação do Ministério da Saúde autorizando o uso de cloroquina/hidroxicloroquina em contexto de tratamento precoce (documento federal citado de maio de 2020), o CES/PE manteve posição contrária e alinhada ao Conselho Nacional de Saúde. A primeira manifestação formal contra o uso desses fármacos foi registrada durante a 517ª Reunião Ordinária do CES/PE, na qual se reforçou a ausência de evidência científica robusta que justificasse sua adoção de rotina.

Relação institucional entre CES/PE e Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE)

O CES/PE solicitou informações à SES/PE sobre o processo de retorno dos serviços de saúde e propôs recomendações relacionadas ao plano de flexibilização das atividades assistenciais. Contudo, as cobranças e o diálogo formal entre o Conselho e a Secretaria não foram realizados com a frequência desejável durante o período pandêmico, conforme registro documental.

Atuação fiscalizatória

Durante a emergência sanitária, o CES/PE atuou no exercício de funções fiscalizatórias, registrando denúncias e comunicando irregularidades — por exemplo, a denúncia de uso de EPIs impróprios em unidades de saúde, relatada na 520ª reunião ordinária. Essas ações fiscalizatórias foram documentadas e encaminhadas como forma de responsabilização e visibilidade das falhas observadas nos pontos de atenção.

Enfraquecimento da participação social e desafios de representatividade

Verificou-se um enfraquecimento da atuação dos Conselhos de Saúde, decorrente de fatores estruturais e conjunturais: impossibilidade de realização de reuniões presenciais e exclusão digital de parcela significativa dos conselheiros do segmento de usuários, que não dispunham de acesso adequado à internet. Observou-se, ainda, a criação de comitês e comissões de crise estaduais e municipais com composições majoritariamente voltadas para setores produtivos e empresariais, reduzindo a representatividade popular e a centralidade dos Conselhos nos processos decisórios

DISCUSSÃO

A concentração das publicações e dos atos institucionais do CES/PE nos primeiros meses/anos da pandemia indica uma resposta institucional rápida e intensa perante a emergência. Tal comportamento é compatível com órgãos de controle social que assumem papel propositivo ao identificar riscos sistêmicos. Entretanto, a centralização da produção documental no período inicial também pode refletir limitações posteriores de atuação — por exemplo, redução de frequência de reuniões, desgaste institucional ou dificuldades logísticas para manter a participação ativa.

Apesar dos esforços de diversas entidades científicas no país em demonstrar como as políticas de distanciamento social pode-

riam ser instrumentos eficazes para o achatamento da curva epidêmica, movimentos contrários ao lockdown ainda assim se disseminaram por todo o território nacional. No Estado de Pernambuco, não foi diferente. Movidos por ideias negacionistas e incentivadas pelo chefe de Estado e de governo da República, vários civis e também políticos foram contra as políticas de distanciamento social. Esse contexto evidencia a desvalorização das informações epidemiológicas e científicas, agravando a confluência de violações à gestão participativa e descentralizada. Dessa maneira, observa-se que a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 é infligida. Uma vez que segunda essa legislação, a construção de diretrizes deve buscar a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. No entanto, o que foi constatado pelos estudiosos e testemunhado pela população foi a relativização das medidas de distanciamento social, mesmo diante da ascensão da curva epidemiológica[11].

Lockdown pode ser entendido como uma medida de distanciamento social mais rigorosa, envolvendo suspensão de atividades não essenciais, restrição de circulação e fechamento de setores específicos, com o objetivo de reduzir a transmissão comunitária do vírus e ganhar tempo para reorganização dos serviços de saúde[12,13]. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e do controle social, apoiar o lockdown significa endossar políticas públicas baseadas em intervenções não farmacológicas, reconhecidas internacionalmente como eficazes para conter surtos epidêmicos[13,14].

A análise dos documentos do CES/PE demonstra que o conselho assumiu posição propositiva ao recomendar medidas restritivas ainda no início da pandemia, mesmo antes do primeiro caso confirmado no estado, o que revela uma atuação orientada por evidências e alinhada às recomendações de organismos nacionais e internacionais. Entretanto, a demora das autoridades estaduais para decretar oficialmente o confinamento — apenas em 18 de março de 2020 — expõe uma dissonância entre o controle social e o poder executivo, o que pode ter contribuído para maior dis-

seminação viral naquele período. Tal desalinhamento evidencia a necessidade de maior sinergia entre conselhos de saúde e gestores públicos, sobretudo em contextos de crise, para que decisões sejam tomadas de forma tempestiva e fundamentadas em dados epidemiológicos.

O posicionamento do CES/PE contra o uso generalizado de cloroquina/hidroxicloroquina reflete uma postura baseada em avaliação crítica da evidência científica e na precaução frente a intervenções sem comprovação de eficácia. Contudo, é importante entender como esse episódio de dissonância entre as instâncias de saúde, representa, infelizmente, o cenário da saúde pública durante grande parte da pandemia. Uma vez que as recomendações formais em relação ao protocolo de cloroquina publicada pelo Conselho Nacional de Saúde, a maior instância de controle social do SUS, foram totalmente ignoradas pelo alto escalão do Ministério da Saúde. Esse cenário evidencia como de fato, ocorreu um grande incentivo a 'desestruturação' do SUS, durante a pandemia. Além disso, a história nos alerta sobre os riscos de se utilizar a medicalização como único caminho para saúde pública, uma prática que contraria os princípios e perspectivas construídas desde a Reforma Sanitária até a institucionalização do SUS[11].

Entre as funções do controle social previstas na Lei 8.142/1990 está a responsabilidade de promover a articulação entre os diferentes setores ligados direta ou indiretamente à saúde, o que inclui a criação de comissões intersetoriais de assessoria técnica[15]. Nesse sentido, quando o CES/PE solicita à SES informações sobre o retorno dos serviços de saúde e apresenta recomendações frente aos planos de flexibilização, evidencia-se um exercício efetivo de suas atribuições, funcionando como um ator propositivo no processo de tomada de decisão.

No entanto, os dados indicam que tais interações foram pontuais e não sistemáticas ao longo do período pandêmico, o que revela fragilidades na comunicação institucional e limita a influência do conselho na formulação de políticas de saúde. Esse cenário deve

ser problematizado, pois, em um contexto de crise sanitária e de divergências entre as esferas estadual e federal, seria esperado que os conselheiros intensificassem sua atuação, buscando maior regularidade nas cobranças, recomendações e diálogos intersetoriais. A ausência de uma articulação mais consistente contribuiu para reduzir o potencial do controle social como espaço de fiscalização e de orientação das políticas públicas, comprometendo sua função de representar os interesses da população e de garantir decisões mais participativas e baseadas em evidências.

Devido ao cenário emergencial desencadeado pela Covid-19, o Estado de Pernambuco precisou adotar medidas emergenciais para conter a propagação do vírus. Em virtude desse cenário, tornou-se necessário comprar materiais, equipamentos e até serviços na rede privada de saúde[16]. E é diante desse tipo de contexto, que a emancipação dos Conselhos de Saúde se revela essencial para viabilizar e fortalecer o exercício fiscalizatório das prestações de contas. Uma vez que dentre todos os inúmeros papéis que os Conselhos Estaduais assumem diante da sociedade, a atribuição de 'agente fiscalizatório', em certos momentos, é sem dúvidas um dos mais relevantes[17].

Denúncias sobre EPIs impróprias e más condições de proteção dos trabalhadores apontam para riscos ocupacionais que podem explicar maior incidência de infecções entre profissionais de saúde[18]. A documentação dessas denúncias em atas e relatórios contribui para a responsabilização administrativa e para a formulação de medidas corretivas.

Apesar das inúmeras vantagens proporcionadas pelo uso das tecnologias no processo de participação social, é necessário ressaltar que existe um percentual significativo de conselheiros do segmento de usuários que não possui acesso à internet, tanto em casa, como em seu ambiente de trabalho. Essa realidade evidencia a profunda desigualdade na inclusão digital existente no território nacional e demonstra que até controle social é antigo por essa carência de cobertura digital, o que pode comprometer a efetividade

da participação social via plataformas virtuais. Assim, a dependência de plataformas virtuais, sem políticas de inclusão digital, foi responsável pela exclusão de usuários e segmentos populares da participação nos conselhos, fragilizando a representatividade e a legitimidade dos processos deliberativos. Nesse sentido, tal cenário evidencia a relevância de detectar e mitigar os desafios encontrados no contexto pandêmico, especialmente aqueles que influenciam o exercício do controle social, considerando as carências e diferenças territoriais no que diz respeito à tecnologia[3].

A formação de comitês de crise com predominância de representantes do setor produtivo e empresarial[19], em detrimento da participação popular, tende a deslocar o foco das políticas para interesses econômicos e operacionais, reduzindo espaços de controle social. Esta dinâmica pode fortalecer a tomada de decisão executiva e enfraquecer mecanismos deliberativos previstos na legislação sanitária.

CONCLUSÃO

A pandemia de Covid-19 expôs de forma incontestável a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) como pilar fundamental para a proteção coletiva e a garantia do direito à saúde no Brasil. O período pandêmico reafirmou a importância de suas diretrizes constitucionais — universalidade, integralidade, equidade e participação social — como conquistas históricas que sustentam a resposta do país frente a emergências sanitárias. A participação social, igualmente valorizada no contexto pandêmico, mostrou-se essencial para garantir que ações e recursos sejam direcionados ao bem comum, assegurando a efetividade do controle social.

Diante desse cenário, os resultados deste estudo indicam que o controle social em Pernambuco, por meio do Conselho Estadual de Saúde (CES/PE), teve atuação satisfatória no enfrentamento da pandemia, apesar dos obstáculos impostos por um cenário de crise global e de tensões políticas em âmbito nacional e estadual,implementando ações importantes no enfrentamento da Covid-19 e suas

repercussões no estado. Entre essas ações, destacam-se: o apoio às medidas de lockdown como forma de contenção da transmissão viral, o posicionamento contrário ao uso de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, e a denúncia de falhas relacionadas ao fornecimento e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nos serviços de saúde de Recife.

Entretanto, é imprescindível ressaltar que também ocorreram falhas na atuação do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE), uma vez que estávamos diante de uma crise sanitária de proporções globais. Entre as deficiências observadas, pode-se mencionar a relação limitada entre o CES/PE e a Secretaria de Saúde, quando se esperava uma maior integração entre os órgãos responsáveis pela saúde pública no estado. Outro aspecto negativo foi a forma como as informações foram disponibilizadas à população, já que a maioria dos posicionamentos e notas de recomendação foi emitida majoritariamente no início da pandemia, gerando um certo "desamparo" nos anos subsequentes. Além disso, algumas abas destinadas à divulgação de informações normativas e técnico-políticas permaneceram desatualizadas.

Ainda assim, a atuação dos conselhos de saúde deve ser consolidada como uma ferramenta essencial para os processos decisórios no SUS. É necessário, contudo, que essas instâncias se adaptem às novas tecnologias e desenvolvam formas inovadoras de atuação. Uma gestão eficiente do controle social, em todas as suas esferas, é fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde, beneficiando diretamente os usuários. Dessa forma, diversas adaptações e estudos são necessários para garantir que esse princípio continue a orientar as ações de saúde pública, assegurando que a participação social seja propositiva e eficaz no cumprimento de seus objetivos dentro da sociedade.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Gomes JF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saude Debate. 2021;45(131):1199-1213. doi:10.1590/0103-1104202113118.
2. Araújo BO, Nascimento MAA, Araújo MO, Juliano IA. Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. Rev Eletr Acervo Saude. 2023;23(7):e12746. doi:10.25248/REAS.e12746.2023.
3. Gomes JF, Orfão NH. Controle social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. Res Soc Dev. 2022;11(3):e49911326843. doi:10.33448/rsd-v11i3.26843.
4. Barbosa LC, Silva DR. Controle social na saúde: a visão de representantes de usuários/as do sistema. Interfaces Cient Hum Soc. 2024;12(2):101-113. doi:10.17564/2316-3801.2024v12n2p101-113.
5. Alves LIN, Siqueira GR, Santos GS, Soares ARS, Souza AIG, Dantas DS, et al. Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19. Saude Debate. 2024;48(141):e8791. doi:10.1590/2358-289820241418791p.
6. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FG, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GWS. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. Cien Saude Colet. 2023;28(12):3553-3562. doi:10.1590/1413-812320232812.06342023.
7. Miskolci R. Muito além do negacionismo: desinformação durante a pandemia de Covid-19. Sociologias. 2023;25:e123090. doi:10.1590/18070337-123090.
8. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 9-29.
9. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. La investigación documental sobre la investigación cualitativa: conceptos y caracterización. Rev Investig UNAD. 2015;14(2):55-73. doi:10.22490/25391887.1455.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saude. 2003;12(4):189-201.

11. Souza DO. A militarização do Ministério da Saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. Rev Urug Cienc Polit. 2020;29(2):33-54.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lockdown: CNS defende distanciamento social mais rigoroso diante do momento mais grave da pandemia [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2021 [cited 2026 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/lockdown-cns-defende-distanciamento-social-mais-rigoroso-diante-do-momento-mais-grave-da-pandemia

13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 8: doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

14. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020.

15. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saude Debate. 2013;37(96):139-147.

16. Duarte Junior JRS. Análise do controle social na atualidade: seu discreto exercício pela sociedade e os caminhos para sua plena efetivação [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2021.

17. Pernambuco. Conselho Estadual de Saúde. Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife: Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco; 2012.

18. Albuquerque MFPM, Souza WV, Montarroyos UR, Pereira CR, Braga C, Araújo TVB, et al. Risk of SARS-CoV-2 infection among front-line healthcare workers in Northeast Brazil: a respondent-driven sampling approach. BMJ Open. 2022;12(6):e058369. doi:10.1136/bmjopen-2021-058369.

19. Costa JRC, Alves SMC, Delduque MC, Souza MS. O Conselho Nacional de Saúde na pandemia de Covid-19: análise dos atos normativos e não normativos entre 2020 e 2022. Saude Debate. 2023;47(139):830-843. doi:10.1590/0103-1104202313908.