



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 18 – CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Autores:

Jussara Moraes Hatae Campoville

Enfermeira, Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde e Gestão Pública de Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Enfermeira Auditora Secretaria Municipal de Saúde – Bastos/SP

Luiz Fernando Galvão Ferrari

Cirurgião-dentista, Especialista em Gestão Pública de Saúde, Mestrando em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Angatuba/SP. Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Angatuba/SP (2005 a 2009)

Nelo Augusto Poletto

Cirurgião-dentista, Mestrando em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Candido Mota/SP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE.

Objetivo do Capítulo:

Fomentar o aprendizado, a crítica e a participação dos atores envolvidos nas políticas públicas de saúde, contextualizando-os em uma rede que colabora, avalia e delibera as demandas e desafios do conjunto social, colocando-os como protagonistas na institucionalização da participação Social.

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Conselhos de saúde: Democracia e Participação;
- Participação Social em Saúde e o Sistema Único de Saúde;
- Controle Institucional;
- O Controle Social;
- Participação Popular;
- Participação e Representação;
- Participação na Política de Saúde;
- Bases legais do Controle Social;
- Considerações Finais;
- Experiência Municipal.

Leitura Obrigatória:

Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde Soc.* 2014; 23(3): 884-96.

Leitura Complementar:

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 208p

Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. 127p.

1 – INTRODUÇÃO

A Saúde – enquanto campo ideológico – não é neutra, expressa o resultado do confronto entre as políticas sociais e econômicas adotadas pelos governos não raras vezes ditadas por agrupamentos econômicos nacionais e internacionais e a pressão de movimentos sociais organizados. A área da Saúde veicula interesses e ideologias diversas, das quais identificamos, grosso modo, a disputa de dois grupos: um representado pelo pensamento neoliberal que defende o modelo privatista e elitista das práticas de saúde, com ênfase na utilização de tecnologia pesada; o outro construído à luz do socialismo, idealiza um sistema de saúde público, equânime, de alcance coletivo. Assim, a Saúde não deve ser vista como área isolada uma vez que sofre e exerce pressão dos e sobre outros setores da sociedade; é um campo do saber, portanto local de disputa de relações de poder (Brêtas e Oliveira, 1999).

Atualmente a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade, garantida e oficializada a partir da Lei 8142/90. A forma prevista no SUS para a democratização do sistema de saúde é a criação de Conselhos de Saúde, bem como a realização de Conferências de Saúde, constituindo mecanismos de controle social por meio da participação indireta da população, através de representação, na formulação, na gestão e no acompanhamento das políticas de saúde em cada esfera do governo

Dessa forma, os Conselhos de Saúde, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, devem acompanhar as ações do Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados (Carvalho, 1995).

Para que o controle social ocorra efetivamente, pressupõe-se que os Conselhos sejam atuantes e deliberativos, sendo necessária a existência de sujeitos políticos e sociais de fato representativos e com legitimidade junto aos grupos sociais que se propõem a representar, de forma a expressar o ideal coletivo.

Apesar do Controle Social em Saúde ter surgido em um contexto em que todo avanço da participação social seria um ganho para a sociedade civil, fortalecendo as instituições democráticas após o regime militar de 1964, hoje merece uma avaliação mais crítica, no sentido de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público do SUS e à efetiva participação da população.

Embora não seja propósito deste texto estender-se em análises técnico-conceituais, não há como contínu-lo sem reafirmar que o grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, mede em última instância, além da própria concretização dessa inalienável aspiração, o nível da consciência social dos direitos, e do processo civilizatório, que por sua vez, abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado (Brasil, 2011a).

No Brasil, os valores, a consciência de direitos e a participação organizada, foram amplamente debatidas no seio da sociedade, incluindo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos anos de 1986 a 1989, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela Assembleia Nacional Constituinte e pelo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados Federais de 1989 (Brasil, 2006). Dessa forma nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma avançada política pública, bem como as bases legais adequadas para o seu financiamento e participação organizada da sociedade, assegurando o exercício do Controle Social.

Saiba Mais:

A lei Orgânica da Saúde: 8.080/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as *Conferências e os Conselhos de Saúde* onde a comunidade através dos seus representantes pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas do governo: Federal, estadual e Municipal.

Fonte: Brasil, 1990a.

2 – CONSELHOS DE SAÚDE: DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

A história dos conselhos nos moldes da organização atual em todos os seguimentos dos três entes federativos: União, Estado e Município, teve sua oficialização junto com a criação do SUS, em 1990, através da lei 8.142/90, portanto, bastante recente. Antes, existia apenas o Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde 1937.

Saiba Mais:

No período anterior a 1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental.

Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27.

Em um segundo momento, a atuação do conselho foi ampliada pelo Decreto n.º 67.300, de 30 de dezembro de 1970. Nessa fase cabia aos conselheiros examinar e emitir parecer sobre problemas na saúde, bem como opinar sobre matérias submetidas ao Ministro. Em janeiro de 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, que estabeleceu o controle Social no Brasil, com funções normativas e de assessoramento ao Ministro da Saúde. Esse Conselho era composto por 13 membros indicados pelo governo, sendo 7 deles, representantes da sociedade civil.

A redemocratização do Brasil, ocorrida a partir da década de 1980, reforçou a ideia de que a participação da população na gestão dos negócios públicos era fundamental à consolidação da nova ordem recém-implantada. Nesse sentido, foram institucionalizados espaços públicos que tornaram possível a participação dos cidadãos na gestão pública (Cortes, 1998; Labra e Figueredo, 2002; Bógus, 2005). A instituição dos Conselhos de Saúde nos Municípios brasileiros, notadamente a partir da década seguinte, insere-se nesse contexto. Essas instâncias consolidaram-se, desde então, como instrumentos de ampliação do espaço democrático, possibilitando a inclusão dos cidadãos no controle da gestão pública (Bógus, 2005). Ocorre, todavia, que a atuação dessas instâncias sofre influência de uma série de características decorrentes de questões institucionais e dos padrões sociais e culturais existentes na sociedade brasileira (Cortes, 2002).

Na história republicana brasileira o país viveu breves períodos democráticos intercalados com períodos ditatoriais e construiu-se no Brasil uma cultura extremamente autoritária, patrimonialista (mesclada, com o passar dos anos, ao corporativismo) e elitista; herança de uma sociedade escravocrata. O resultado é que, apesar da atual estrutura democrática brasileira, onde se observam aspectos inovadores como os Conselhos e as Conferências de Saúde, o que prevalece são os valores autoritários. E há muita dificuldade em gerar novos valores mais democráticos (Escorel e Moreira, 2008).

Dessa forma, o histórico déficit de exercício pleno da cidadania, caracterizado por baixíssimos graus de participação popular, e os enormes níveis de desigualdade e exclusão social da população, podem comprometer o desempenho destes espaços e colocam em dúvida a sua real capacidade de produzir ações capazes de gerar reflexos na qualidade da gestão das políticas públicas (Escorel e Moreira, 2008).

Análises críticas sobre os Conselhos apontam que essas instâncias perpetuam formas tradicionais de intermediação de interesses como o clientelismo, e que o sistema colegiado de Conselhos e Conferências não consegue promover mudanças nas políticas de saúde e nem no modelo de atenção à saúde. Portanto, a participação social em saúde teria baixa ou nenhuma efetividade tanto na democratização, quanto na transformação das políticas de saúde públicas (Moreira, 2009).

Embora verdadeiras, essas análises parecem desconsiderar que os Conselhos reúnem segmentos diferenciados da sociedade brasileira, com interesses divergentes em termos da política de saúde, como os usuários e os prestadores privados de serviço. Além do que, os Conselhos estão imersos na cultura política nacional que privilegia formas clientelistas e particularistas de resolução de conflitos, portanto, pode-se argumentar que as deliberações só são possíveis diante de uma determinada correlação de forças entre projetos e interesses divergentes (Bógus, 2005; Escorel e Moreira, 2008).

Por tanto, o tema da participação precisa ter sempre sua discussão atualizada porque envolve aspectos que são dinâmicos, como as relações historicamente contextualizadas entre grupos sociais com níveis de poder e interesses diferentes (Bógus, 2005).

3 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nos últimos vinte anos, a implantação dos Conselhos Gestores tem apresentado ritmos e desenhos diferenciados, variando conforme as características e a receptividade democratizante dos atores que participam de cada política setorial.

O setor saúde, provavelmente porque mais organizado na luta contra a ditadura militar (tendo, inclusive, produzido uma proposta de reforma de Estado cujos aspectos setoriais foram incorporados à Constituição), foi o que mais avançou e o que logrou melhores resultados em relação a seus Conselhos (Moreira, 2009).

Atualmente, o Brasil apresenta um sistema de saúde altamente participativo. Existem Conselhos de Saúde nos 5.559 municípios do país e nas 27 unidades da federação, e o Conselho Nacional de Saúde, que já existia, adaptou-se às novas normas legais e regulamentou, por meio de resoluções, o funcionamento das instâncias colegiadas de participação social em saúde (Escorel e Moreira, 2008).

Além da participação permanente e regular nos Conselhos de Saúde, de quatro em quatro anos são realizadas Conferências de Saúde nos Municípios, Estados e em âmbito nacional.

Para entendermos como a participação popular em saúde atingiu esta proporção, devemos rever alguns fatos históricos determinantes no processo que a institucionalizou.

Contraditoriamente à conjuntura internacional, em um momento de perda de hegemonia dos Estados de Bem Estar Social e de ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, consolidando, no artigo 196 da Constituição Federal, o princípio de que saúde é direito de todos e dever do Estado (Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), o modelo de saúde até a década dos anos 1980 era altamente segmentado e fragmentado, excluindo a população mais pobre e não inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos, centrando a atenção à saúde em consultórios médicos e hospitais privados.

O esgotamento desse modelo coincide com o início do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira que surge, portanto, impulsionado por dois “sentimentos”: o da crítica ao modelo vigente e o da construção de um novo sistema de saúde para o país (Silva, 2009).

Este novo modelo, discutido durante a Sétima Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980, tinha como referência a Conferência Internacional de Alma Ata, que preconizava a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação do novo sistema.

Cabe destacar que a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, teve um papel bastante importante no sentido de afirmar a validade e consolidar como necessária a implantação de políticas de saúde que promovessem a participação comunitária nos projetos e nos programas dentro do setor (Bógus, 2005).

Neste contexto, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), o primeiro conselho representativo da sociedade que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Esse plano concretizou-se na criação do Plano das Ações Integradas de Saúde (PAIS) que depois se transformou em Ações Integradas de Saúde (AIS). Também nessa ocasião teve início a primeira experiência com colegiados: a partir da implantação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), foram criados os Conselhos Interinstitucionais de Saúde nos níveis estadual, municipal e local e, pela primeira vez, na criação desses colegiados, foi feita referência explícita à participação da comunidade na legislação de saúde (Pedalini, 1997; Bógus, 2005).

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, tendo a participação como um de seus princípios. Dessa forma chegava-se a um dos principais momentos dentro do processo de luta contra a ditadura, pela redemocratização e pela garantia de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, lutas indissociáveis do Movimento da Reforma Sanitária que incorporou e agiu por meio da participação popular (Moreira, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, indicava também a constituição de um Conselho Nacional de Saúde, a ser composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e das entidades civis de caráter nacional, tais como: partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, para orientar e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde; bem como a formação de Conselhos de Saúde no nível local, com representantes eleitos pela comunidade: usuários e prestadores de serviços para participarem no planejamento, execução e fiscalização dos programas e das ações de saúde (Relatório..., 1987).

De forma geral, muitos militantes do Movimento Sanitário, consideraram vaga a referência à forma de participação popular e, durante o processo de regulamentação da Constituição nos anos de 1987 e 1988, foram necessárias exaustivas negociações com o Congresso Nacional e com o poder executivo para a aprovação de regulamentações sobre o tema (Bógus, 2005).

Em 1988, ocorreu a promulgação da nova Constituição brasileira que preconizava como diretrizes para a organização de um Sistema Único de Saúde, a rede regionalizada e hierarquizada, a descentralização e direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde, refere-se, exatamente, à grande influência que um segmento específico da sociedade civil, no caso o Movimento Sanitário, teve sobre esse processo. Foram seus integrantes, intelectuais e entidades, que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e o modelo operacional do SUS (Gerschman, 2004).

Como consequência é promulgada em 1990 a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), a qual determina para a política de saúde que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal. Regulamentando a LOS, a Lei 8.142/90 define Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação (Brasil, 2006).

Tal conjunto de leis produziu importantes mudanças no desenho institucional do Estado brasileiro, revigorando tradicionais espaços de participação da sociedade e criando novos.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto de 1992, numa conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor e de boicote ao SUS; foi palco de fortes manifestações pelo *impeachment* do então presidente. Adiada por quatro vezes teve como tema: *A Municipalização é o Caminho*; e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde, do fortalecimento da descentralização e do Controle Social (Correia, 1996).

Quatro anos depois, em 1996, é realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde (*Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida*). Nas suas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e com o objetivo de reafirmá-lo, apresentaram-se experiências concretas, mostrando aspectos exitosos do sistema de saúde. A tônica dos debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (Correia, 1996).

Conhecida como a Conferência do Controle Social, foi a que mais recomendações produziu sobre o caráter deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), buscando estabelecer algo semelhante a um fluxo para o processo decisório, estabelecendo que todas as propostas e/ou políticas passem pela deliberação dos Conselhos de Saúde. Ao fazer isto, define deliberação como a decisão do Conselho de Saúde e demanda sua aprovação imediata.

É também a 10ª Conferência Nacional de Saúde que propõe a aproximação dos Conselhos de Saúde com atores que, no sistema político brasileiro, integram o sistema de *check-and-balance* entre os poderes públicos; com os Tribunais de Contas tendo a atribuição de fiscalizar o executivo; o Ministério Público, o poder de interpelar judicialmente e punir o executivo, e também a aproximação com conselhos gestores de outras políticas sociais (Moreira, 2009).

Por último, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96), implementada a partir de 1998, com o objetivo de *“promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios”*, transformou em realidade a institucionalização da participação social em saúde, ao estabelecer como um dos requisitos para realizar o repasse dos recursos financeiros a comprovação de existência de Conselhos de Saúde. É a partir desse momento que muitos Conselhos de Saúde são criados ou passam a funcionar com regularidade, consolidando o sistema participativo em saúde no país (Escorel e Moreira, 2008).



Figura 1. Atuação das Instâncias de Controle Social

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011b.

Em 15 de dezembro de 2014, o Decreto Presidencial nº 243, convocou a 15ª Conferência Nacional de Saúde, deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 500 de 12 de fevereiro de 2015, aprovando o seu regimento como norteamento para os demais entes, com o seguinte Tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

As conferências de saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde. É um legítimo exercício da democracia a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso valorizar esse espaço e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde (Brasil, 2010).

4 – O CONTROLE INSTITUCIONAL

Controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios que a regem.

Na Administração Pública, o ato de controlar possui significado similar, na medida em que pressupõe examinar se a atividade governamental atendeu à finalidade pública, à legislação e aos princípios básicos aplicáveis ao setor público.

A forma de controle exercida pela própria Administração Pública e por organizações privadas é chamada de controle institucional. No Governo Federal, é exercida por órgãos que têm a competência legal para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Os artigos 70, 71 e 74 da Constituição Federal brasileira estabelecem que o controle institucional cabe essencialmente ao Congresso Nacional, responsável pelo controle externo, realizado com o auxílio do Tribunal de Contas da União, e a cada Poder, por meio de um sistema integrado de controle interno.

“Controle externo significa o controle administrativo que um Poder (Legislativo, Executivo ou Judiciário) exerce sobre outro Poder. Há regras específicas para o exercício do controle externo, e ele não pode interferir na autonomia daquele que é controlado, ou seja, não pode afetar a independência de outro Poder. Isso está na Constituição Federal. Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário são poderes da União, independentes e harmônicos entre si” (Brasil, 2010).

Dessa forma, o controle externo deve ser realizado pelo Poder Legislativo com auxílio dos tribunais de contas. No caso do Governo Federal, conforme o mandamento constitucional, o Tribunal de Contas da União – TCU é o responsável por auxiliar o Congresso Nacional no exercício do controle externo, atividade que deve ser apoiada pelo sistema de controle interno de cada poder.

Quanto ao controle interno, na esfera federal, a Controladoria Geral da União (CGU) é o órgão central do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal.

À CGU compete desenvolver funções de controle interno, correição, ouvidoria, além das ações voltadas para a promoção da transparência e para a prevenção da corrupção. Outros órgãos públicos também atuam na prevenção, controle, investigação e repressão da corrupção: o Ministério Público Federal, os Ministérios Públicos Estaduais, o Tribunal de Contas da União, os Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, as Controladorias dos Estados, a Polícia Federal, as Polícias Estaduais, o Po-

der Legislativo e o Poder Judiciário, apenas para citar os órgãos mais evidentes. Entretanto, tendo em vista a complexidade das estruturas político-sociais de um país e do próprio fenômeno da corrupção, o controle da Administração Pública não se deve restringir ao controle institucional.

É fundamental para toda a coletividade que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no controle do gasto público, monitorando permanentemente as ações governamentais e exigindo o uso adequado dos recursos arrecadados. A isto se denomina “controle social”.

5 – O CONTROLE SOCIAL

Controle social significa o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, na realização e na avaliação das atividades do governo. Uma dessas áreas é a saúde, coordenada pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2010). O controle social é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos. Essa participação é importante porque contribui para a boa e correta aplicação dos recursos públicos, fazendo com que as necessidades da sociedade sejam atendidas de forma eficiente. No entanto, para que os cidadãos possam desempenhar de maneira eficaz o controle social, é necessário que sejam mobilizados e recebam orientações sobre como podem ser fiscais dos gastos públicos (Brasil, 2008).

A legislação brasileira institucionaliza a prática participativa com a Lei nº 8.142/90, que dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências”, bem como institui, “sem prejuízo das funções do Poder Legislativo”, as instâncias colegiadas de participação, Conferências e Conselhos de Saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores. O cumprimento desses papéis tem sido examinado, por uma pujante literatura na área de saúde coletiva, literatura que busca principalmente avaliar ou discutir a efetividade das instâncias criadas para dar voz à chamada sociedade civil, em especial os Conselhos Municipais de Saúde (Amarante, 2008).

Dessa forma o Controle Social foi concebido na área da saúde para a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado neste campo. Esse controle se dará à medida que a sociedade organizada “interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade” (Correia, 2000). Pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública (Brasil, 2008). Constituindo-se como importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania.

No Brasil, a preocupação em se estabelecer um Controle Social forte e atuante torna-se ainda maior, em razão da extensão territorial do país e da descentralização geográfica dos órgãos públicos integrantes dos três níveis federativos – União, Estados e Municípios. No caso destes, há que considerar, ainda, o seu grande número. Por isso, a fiscalização da aplicação dos recursos públicos precisa ser feita com o apoio da sociedade.

Ao longo dos 20 anos de implementação do SUS, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde consolidaram-se como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e de valores diversificados e plurais. Contudo, o desempenho desses fóruns, ora imersos num debate sobre a negociação caso a caso da alocação de recursos financeiros específicos, ora aturdidos diante de uma

imensa agenda de problemas gerais – não hierarquizados, não resolvidos, e rerepresentados constantemente de maneira cumulativa, repõe na agenda as interrogações sobre o lugar e papel dessas instâncias de decisão.

Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições conferidas aos Conselhos de Saúde pela Lei 8.142/90 imputou aos Conselhos, na sua curta trajetória, a concentração da sua atuação no controle da execução, atividade esta incorporada na cultura e nas práticas de fiscalização.

A atuação na formulação de estratégias, mais complexa e distante das representações sociais, e mesmo dos escalões intermediários do governo, foi ficando em segundo plano, no decorrer dos anos 1990.

Ao longo do tempo, foram surgindo questões cada vez mais inquietantes para os Conselhos de Saúde, tais como: controlar a execução das ações, mas em relação a que formas e métodos de execução? Referentes à quais diretrizes e estratégias? Referentes à que comprovações de que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a cidadania na saúde estão sendo construídos? Os costumes e práticas tradicionais de fiscalização e controle da execução não davam conta das questões que iam surgindo, e a implementação das políticas, no dia a dia, foi trazendo para os Conselhos um volume cada vez maior de ‘casos’ de má execução, que feriam e ferem os interesses dos usuários, dos profissionais, dos prestadores de serviços e do próprio governo. Os posicionamentos do Conselho perante cada ‘caso’, de forma pontual isolada, não bastavam.

Mais que o ‘varejo’, impunha-se entender e reordenar o ‘atacado’. Os gestores, por sua vez, condicionados à cultura secular de administração sem participação da população, rotulavam os Conselhos de ‘emperradores da gestão’, quando não de corporativistas, basistas e partidarizados.

Os Conselhos, por sua parte, consideravam os gestores autoritários e burocráticos, quando não clientelistas, fisiologistas e também partidarizados.

Ainda que houvesse boa dose de verdade nas rotulações apressadas de ambos os lados, deixou-se passar inúmeras oportunidades de, com menos preconceitos e maniqueísmos, perceberem outras verdades reveladoras do grande potencial de reconhecer as boas intenções e rever as distorções e os vícios dos dois lados, o que aceleraria a construção da gestão participativa. Hoje, se encontra mais claro que não há gestor de um lado e Conselho de outro lado. Se o Conselho, ao integrar o Poder Executivo, conforme consta na Lei 8.142/ 90 compõe a gestão, e no SUS há uma gestão participativa, os gestores executivos e os Conselhos de Saúde devem atuar proativamente, a começar pela atuação na formulação de estratégias, diretrizes e políticas (Santos, 2003).

6 – A PARTICIPAÇÃO POPULAR

A importância da participação popular é inquestionável em todos os processos históricos de mudanças e conquistas de direitos, mas compreender esta participação, suas potencialidades e limites, não é tarefa simples.

Demo (1993) afirma que a participação é um processo histórico de conquista e autopromoção e somente acontece se for uma conquista competente.

Para ele, os objetivos da participação são a autopromoção (ou seja, centrar-se em seus próprios interesses, com vistas a superar-se); a realização da cidadania (implicando em se desvelar as injustiças, traçar estratégias de reação e lutar por mudanças); a implementação de regras democráticas de jogo; o controle do poder (não somente por vias institucionalizadas como leis e decretos, mas um controle feito pela base); o controle da burocracia (exigindo-se padrões de eficácia e eficiência no âmbito público); negociação de conflitos e divergências e a criação de uma cultura democrática, que se expresse por processos participativos e transparentes.

Escorel e Moreira (2008, p.986) associando a possibilidade de a sociedade intervir nas políticas públicas, definem Participação Popular como:

“um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da discussão orçamentária, formulação, implementação, implantação, execução e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão”.

Por tanto a participação é uma prática/categoria complexa e de múltiplos significados. No contexto dos Conselhos Municipais de Saúde, há, pelo menos, dois aspectos inter-relacionados sob os quais devem ser analisadas: a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde nos Conselhos e a participação dos Conselhos nas políticas de saúde de seu município (Moreira et al., 2008).

Participar é intervir na tomada de decisões em todos os aspectos da vida cotidiana que afetam os indivíduos. Ou seja, intervir na dimensão pública da política e nas decisões que concernem à vida e à saúde dos indivíduos (Amarante, 2008).

7 – PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

O segmento dos usuários do SUS, *a priori*, deveria abranger todos os cidadãos brasileiros, pois no Brasil a saúde é um direito constitucional e o acesso ao SUS, universal e gratuito. Porém, como a participação nos CMS não é individual, mas por meio de entidades/associações, estes cidadãos têm que se organizar para poderem ter assento no Conselho (Moreira et al., 2008). Pessoto et al., em 2001, afirmam com relação a essa questão que a denominação de usuário é muito vaga e imprecisa e pode dar margem para “falsificações” na representação.

Outro aspecto complexo, além das possibilidades de ocupação indevida desse espaço de deliberação quanto às políticas de saúde, é se as pessoas que ali estão efetivamente atuam de forma representativa, mesmo quando são eleitas, designadas ou indicadas pelos segmentos sociais que, por direito, devem participar, citado por Bógus (2005).

As entidades que representam os usuários nos Conselhos de Saúde, em âmbito nacional, são de natureza diversa. Na sua maioria são associações de bairros e de portadores de deficiências e patologias. Mas estão também sindicatos de trabalhadores, entidades religiosas, agregações de mulheres e clubes de serviços, como o Rotary Clube; a medicina empresarial privada tem participação discreta (Labra e Figueredo, 2002; Bógus, 2005; Moreira, 2009).

Saiba Mais:

O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua 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.

Fonte: Brasil, 1990b.

Parágrafo 2º Lei 8.142/90.

No que concerne às entidades que representam os trabalhadores da saúde, predominam sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias do SUS, com destaque para a divisão entre trabalhadores de nível médio e de nível superior. Os prestadores de serviço são majoritariamente ligados a hospitais e estabelecimentos privados contratados pelo SUS. Os gestores, quando não representados pelo próprio secretário de saúde, são por estes indicados. (Moreira, 2009). A Resolução 333/03 do CNS apresenta de forma detalhada as possíveis categorias que podem ser representadas em cada segmento e, mantendo o critério da representatividade, abrangência e complementaridade das forças sociais, ressalta que a representação deve estar de acordo com as especificidades locais.

Nesse aspecto, a nova resolução reforça o processo de descentralização, bem como a compreensão da realidade de diversidade de atores sociais que compõem a sociedade civil organizada (Brasil, 2006).

Um dos principais problemas quanto à representação das entidades civis dentro dos Conselhos, é que no Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, então é comum a não prestação de contas do representante para com os seus representados. E os representados exercem pouco seu direito de cobrança com relação às ações dos representantes (Bógus, 2005).

8 – PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.

O principal elemento a ser considerado na análise da participação dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde é o do estágio em que uma determinada política de saúde é introduzida no debate dos Conselhos de Saúde, visto que há diferenças substanciais entre a participação da elaboração de uma política e a simples aprovação de uma política totalmente delineada pelo poder público (Moreira et al., 2008)

Duran e Gerschman (2014) relataram como desafios da participação social que as práticas dos novos movimentos sociais se afastaram, historicamente do que fora pretendido no movimento popular de saúde, com interesses específicos de setores e/ou grupos, onde se vê na prática, a cooptação de representações para o Conselho.

De acordo com Moreira et al. (2008) uma participação adequada dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde seria aquela em que os conselhos pudessem participar já em suas etapas de formação e formulação, o que lhes daria maior possibilidade de participar das etapas seguintes, em especial do controle e da fiscalização. O principal indicador desta participação seria o grau de intervenção sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, que se refere a um período de governo e constitui um documento formal da política de saúde do Município.

O PMS contém as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativa de recursos e de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, devendo ser elaborado com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho de Saúde.

Com relação a esse indicador a maioria dos Conselhos nunca participa do processo de elaboração do PMS, apresentando apenas uma função homologatória para uma política previamente definida pelo executivo municipal, fato observado em 58% dos Conselhos de Saúde do Brasil (Moreira et al., 2008).

Um facilitador para a alteração desse quadro seria a capacitação dos conselheiros de saúde, entendida como um processo contínuo de formação e informação.

As estratégias de capacitação dos conselheiros, com o intuito de fortalecer a dinâmica interna dos Conselhos de Saúde e sua relação com a sociedade, têm sido apontadas como um caminho para mudança das práticas existentes (Bógus, 2005).

A responsabilidade atribuída legalmente aos conselheiros de saúde, para que deliberem sobre as políticas de saúde requer o acesso às informações e aos conhecimentos necessários para o desempenho dessas atribuições. A capacitação dos conselheiros pode ser considerada uma contribuição para a efetivação do controle social, e deve ser estendida aos movimentos populares e sindicais representados no Conselho. Isto porque o fortalecimento do controle social na direção da defesa dos interesses da maioria da população está diretamente relacionado à força dessas organizações sociais para imporem suas demandas (Correia, 2003).

9 – BASES LEGAIS DO CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal consagrou a Participação da Comunidade, ao lado da Descentralização e da Integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS (Art. 198). Ao regulamentar os dispositivos Constitucionais sobre o SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu Art. 7º refere à Participação da Comunidade entre os princípios do SUS obrigados em lei, e a Lei n. 8.142/90, cria as Conferências de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter propositivo, de diretrizes para a formulação de políticas de saúde na esfera de governo correspondente, e os Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, com as atribuições de atuar: na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde, também em cada esfera de governo (Brasil, 1988).

Dispõe também, sobre a composição das representações dentro das Conferências e Conselhos de Saúde, determinando paridade entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos: gestores públicos, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde (Brasil, 1988). Posteriormente novas resoluções foram editadas, buscando o aperfeiçoamento das instâncias participativas, como as destacadas a seguir:

- **Resolução número 33** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Proposta em 1992 regulamenta a constituição e estruturação dessas instâncias participativas nos Municípios e nos Estados tendo como principal conteúdo a paridade do segmento usuário. Tais recomendações foram elaboradas em consonância às definições emanadas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como objetivo acelerar e consolidar o controle social do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).
- **Resolução 333/03** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Mantém o que já tinha sido proposto na Resolução 33/92: paridade entre os segmentos, sendo as vagas distribuídas entre entidades representantes dos usuários (50%), entidades de trabalhadores da saúde (25%) e representantes do governo, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (25%), composição observado nos Conselhos estudados (Brasil, 2006). Moreira et al. (2008), na pesquisa sobre

os Conselhos de Saúde em Municípios com mais de cem mil habitantes, estabelece relação entre porte populacional e número de conselheiros, esta relação foi observada no objeto deste estudo.

- **Resolução 453/12** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): “O novo texto define as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”, explica o conselheiro nacional Clóvis Boufleur, membro do grupo de trabalho que propôs as mudanças da resolução 333 para a resolução 453. As mais relevantes inovações estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Inovações da Resolução 453/12

Tema	O que mudou
1. Atribuições	Na nova versão foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde. Assim, os conselhos poderão avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, examinarão propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
2. Mandato	De acordo com a nova versão, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.
3. Renovação de entidades	A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.
4. Responsabilidades	A atualização do texto deixou explícito que, no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos.
5. Participação da sociedade	As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.
6. Orçamento	O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.
7. Quorum	A nova redação esclarece os conceitos de maioria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS.
8. Competências	A adequação das competências dos conselhos ao que está previsto no atual regimento do Conselho Nacional de Saúde, também foi explicitada no novo texto.
9. Banco de dados	Compete ao próprio conselho, atualizar periodicamente as informações sobre o conselho de saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Curiosidade:

Assista ao vídeo:

https://www.youtube.com/watch?v=vaQ4CM6UF_Q

10 – EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

Durante o envolvimento dos sujeitos no processo de construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) no colegiado de Tupã em meados de 2008, iniciou um espaço de discussão e reflexão de como a proposta da Política de Educação Permanente em saúde seria uma importante ferramenta de gestão para solidificação do SUS no Âmbito Municipal.

O município de Bastos em parceria com o conselho municipal de saúde, sensibilizado pela proposta, se organizou e implantou a Educação Permanente em Saúde (EPS) em todos os serviços de saúde, contando com uma articuladora em educação permanente em saúde e os enfermeiros das unidades que também participaram deste momento de reflexão.

Com o passar do tempo e a transição da gestão no ano de 2009, a primeira pauta de discussão na reunião do conselho era a continuidade da educação permanente nos serviços de saúde, pois os membros consideravam uma grande estratégia para o fortalecimento do SUS.

Considerando o grande interesse do conselho em difundir cada vez mais a EP no processo de trabalho das equipes, a mesma permanece como prioridade no plano municipal de saúde.

A consolidação dessa nova política de EP requer “arranjos”, pactuações e negociações permanentes, a partir de interações no âmbito da formação, da gestão, dos trabalhadores e do controle social.

Um dos principais desafios desta política é romper com a lógica da gestão centralizada, com capacitações pautadas no modelo tradicional ou direcionadas apenas em informativos e campanhas realizadas pela atenção básica. A proposta atual é fortalecer espaços de discussão, convidando a participar de forma colegiada, com olhar dos atores formadores do quadrilátero da saúde (gestão, escolas, profissional da saúde e usuário), “onde todos que entram na roda têm poderes iguais no território que falam” (Cecim e Feuerwerker, 2004).

Foi possível verificar no município de Bastos a importância da EP como ferramenta para organização do processo de trabalho nas USF e a capacidade da mesma em propor mudanças e transformações nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. As dificuldades apresentadas pelas equipes demonstram, ainda, como é difícil exercer a gestão a partir desta nova proposta e do entendimento que a equipe tem de realizar uma gestão participativa e democrática. No entanto, o conselho constantemente questiona a gestão quanto a necessidade de olhar para a EP, como estratégia para organização e transformação do processo de trabalho das equipes.

Atualmente Comissões Intergestoras Regionais(CIR), possuem um núcleo de Educação Permanente e Humanização Regional (NEP H), onde o usuário que participa do mesmo é conselheiro municipal de Bastos.

Fica evidente que há diferença nos processos na forma em que são desenvolvidos, possibilitando em alguns a responsabilização dos atores envolvidos no processo de construção do cuidado em saúde. Entretanto, precisa se buscar uma série de posturas inovadoras, buscando substituir o autoritarismo das

práticas gerenciais por uma coordenação democrática a superar a alienação da participação consciente no processo de trabalho.

11 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Saúde no Brasil, estruturas inovadoras tanto no aspecto institucional como político e cultural, apresentam incontestáveis contribuições para a fiscalização na aplicação dos recursos e atuação dos agentes públicos do setor saúde. Sua singularidade desperta a atenção de outros países e sistematicamente são vistos como exemplar por constituírem um sistema de participação social tão amplo e capilarizado. Apesar disso, dificuldades e limitações estão presentes no cotidiano destas instâncias.

Para que o Sistema Único de Saúde deixe de ser uma proposta que conseguiu ter concretização apenas no aspecto legal, muitas barreiras precisam ser enfrentadas e os Conselhos de Saúde significam uma força social imprescindível para que isso aconteça, trazendo certamente uma condição cada vez mais favorável para o aperfeiçoamento da democracia e do SUS.

12 – REFERÊNCIAS

- Amarante P. Democracia, conselhos de saúde e participação social [editorial]. *Divulg Saúde Debate*. 2008; (43): 3-6.
- Bógus CM. Os conselhos de saúde e o fortalecimento da democracia brasileira. *Mundo Saúde*. 2005; 29(1): 41-8.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. 291p.
- Brasil. Controladoria-Geral da União. Controle Social: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília: CGU; 2008.
- Brasil. Lei n. 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*; 1990a set 20.
- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990 [acesso 2015 mar 13]. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990b dez 28. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>

- Brasil. Ministério da Saúde. 14. Conferência Nacional de Saúde; 2011 nov 30-dez 04; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 208p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. História do CNS [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 [acesso 2015 mar 13]. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União nº 109, Seção 1, p. 138 [acesso 2015 mar 13]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. 127p.
- Brêtas ACP, Oliveira EM. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. Saúde Soc. 1999; 8(2): 59-82.
- Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- Ceccim RB, Feuerwerker CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1): 41-65.
- Correia MVC. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. Saúde Debate. 2003; 27(64): 138-47.
- Correia MVC. Saúde: descentralização e democratização. Maceió: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas; 1996. Textos Técnicos para Debates: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas.
- Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2000. 162 p.
- Cortes SM. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciên Saúde Colet. 1998; 3(1): 5-17.
- Cortes SM. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. 2002; (7): 18-49.
- Demo P. Participação é conquista: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez; 1993.
- Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. Saúde Soc. 2014; 23(3): 884-96.
- Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticos e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES; 2008. p.979-1010.
- Gerschman SV. Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. 270p.
- Labra ME, Figueredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. Ciên Saúde Colet. 2002; 7(3): 537-47.
- Moreira MR. Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
- Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. Divulg Saúde Debate. 2008; (43): 48-61.
- Pedalini LM. Conselhos de saúde: criação e organização no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1997.
- Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração direta. Cad Saúde Pública. 2001; 17(1): 89-97.

- Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, DF. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987 [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- Santos NR. A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS: um relato comentado. *Saúde Debate*. 2003; 27(64): 148-52.
- Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde Debate*. 2009; 33(81): 38-46.