

COMUNICAÇÕES ORAIS / COMUNICACIONES ORALES

1. *Saúde, cidadania e democracia/Salud, ciudadanía y democracia*

1.09

O fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais a partir do estabelecimento da Lei Complementar 141/2012

The strenghtening of the Minas Gerais Health State Board since the stablishment of Complementary Law 141/2012

Mariana Cristina Pereira Santos

Bacharel em Administração Pública. Assessora do Gabinete do Secretário Adjunto, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil

Francisco Antônio Tavares Junior

Especialista em Planejamento em Saúde e Economia da Saúde. Secretário de Estado Adjunto de Saúde de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Fernando Antônio Leles

Administrador Público, Especialista em Economia da Saúde e Mestrando na Escola Nacional de Saúde Pública. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Brasília, Brasil.

Resumo: A premissa instituída a partir da Lei nº 8142/1990 que regulamenta a inserção da sociedade no controle e acompanhamento das políticas de saúde, prevê a atuação dos Conselhos de Saúde e a realização de conferências de saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos com autonomia para deliberar no que tange à formulação das políticas de saúde, bem como monitorar a execução das políticas, e são compostos paritariamente por representantes dos gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. É de especial relevância o processo construído em Minas Gerais, pela Secretaria de Estado de Saúde, em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, no sentido de utilizar os instrumentos de planejamento para possibilitar maior simetria e transparência. A formulação e aprovação dos Planos Estaduais de Saúde de 2008-2011 e de 2012-2015 constituíram-se processos participativos, construídos desde as Conferências Estaduais de Saúde. Desde a

publicação da Lei Complementar 141/2012, a Secretaria Estadual de Saúde vem cumprindo os preceitos legais e apresentando regularmente os Relatórios Quadrimestrais. Outros esforços importantes que vêm sendo realizados apontam para o objetivo de tornar o CES, enquanto órgão representativo, mais permeável à sociedade, assegurando que os preceitos de participação ampla sejam atingidos, a despeito de todo viés de disputa e segmentação de representação. Ainda neste aspecto e considerando Minas Gerais possui um território vasto, com fortes diversidades regionais, uma importante estratégia que vem sendo implementada é a criação dos Colegiados Microrregionais de Conselheiros de Saúde, assegurando o pleno exercício do controle social nas regiões e municípios.

Palavras-chave: Participação social; cidadania; Sistema Único de Saúde.

Key words: *Social participation; citizenship; Unified Health System*

A democracia como forma de incremento da participação social

A democracia é, atualmente, o regime político mais valorizado do mundo contemporâneo. Baseia-se no exercício da vontade do povo na construção do bem comum. Pode ser definida como “a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados politicamente iguais” (Dahl, 1997, p. 25).

A democratização de um país é ponderada pelo direito de participação e contestação pública. Nesse contexto, deve ser permitida aos cidadãos a oportunidade de formular suas preferências e expressá-las a seus concidadãos e ao governo através de ação individual ou coletiva e que estas preferências sejam igualmente consideradas sem discriminação.

É a partir da democracia que fundamenta o modelo representativo de governo, cujo princípio é a cidadania denotando essencialmente consolidação social e política. São diversos os âmbitos nos quais pode a democracia se manifestar e a sociedade exercer sua cidadania, indo muito além do processo eleitoral, sendo ampliada por meio de movimentos e fóruns participativos. Nesse sentido, Avritzer (2007) afirma que a eleição é apenas uma das múltiplas dimensões da democracia e da relação entre Estado e Sociedade Civil, e seu alargamento está diretamente vinculado à maximização daqueles espaços nos quais o cidadão exerce o seu direito de escolha.

No Brasil, a introdução do princípio da participação popular no governo da coisa pública é, sem dúvida, um avanço para a remoção de obstáculos contra aquela arraigada tradição oligárquica e patrimonialista. Nos últimos tempos, após o processo

de redemocratização, o país vem se destacando como referência no debate da democracia, tendo em vista as variadas tentativas de ampliar esse espaço por meio da introdução de novas experiências participativas na definição de prioridades, ou no desenho de políticas públicas, notadamente por meio dos conselhos gestores, atuantes nas diversas áreas sociais (Junior; Gerschman, 2013).

Dessa forma, o maior engajamento e maior proatividade do cidadão se faz necessário para a construção de uma gestão democrática participativa, que priorize o social e seja redistributiva. O controle social é um instrumento de importância capital para a construção e o desenvolvimento da cidadania, uma vez que garante o fortalecimento da democracia participativa e inclusiva. Sua finalidade não se limita em apenas verificar o controle da destinação dos recursos públicos, mas a economicidade, imparcialidade, racionalidade e, por conseguinte, a adequação do atendimento das necessidades reais da sociedade (Gohn, 2005).

Uma das áreas que se destaca na construção de instâncias que reforçam o controle social é a saúde. O principal exemplo são os conselhos de saúde, uma importante inovação democrática que reforça a organização das políticas de saúde.

Desde a origem do SUS, a participação e a representação social estão preconizadas. A cidadania é um preceito constitucional, conforme pode ser observado no texto da carta magna:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...) Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”
(Constituição Federal, 1988)

Reforça-se este conceito com a Lei 8.142/1990, que 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. Esta lei diz que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde. (...)

§ 2º O Conselho de Saúde, em 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. (Lei 8.142/1990)

Os conselhos de saúde como instâncias deliberativas

A participação da sociedade nas esferas deliberativas configura-se como elemento fundamental no processo de redemocratização brasileiro. O maior controle das políticas e execução dos serviços pela sociedade, bem como a maior autonomia da mesma nas decisões referentes aos serviços de saúde foram instâncias introduzidas nesse contexto. No campo da saúde, essas instâncias deliberativas são representadas pelos conselhos de saúde.

A participação social foi institucionalizada no Sistema Único de Saúde por meio de uma série de dispositivos legais. Para a esfera da saúde, dessa forma, a participação social acabou por configurar-se como fundamento para estruturação do SUS, que desde sua origem instituiu os canais participativos: conselhos e conferências de saúde, principais órgãos de controle social norteadores dos serviços de saúde (Shimizu *et al*, 2013).

Os conselhos, à medida que se caracterizam como instâncias regulamentadas da participação social, configuram-se como conquista da sociedade no alcance de maior democracia da esfera da saúde, à medida que possibilitam uma maior forma de interação entre os governos e as sociedades (Oliveira; Pinheiro, 2010). É nessa perspectiva que os autores afirmam que o incremento da participação deve estar pautado sobre pilares básicos, tal como: maior responsabilidade dos governos em formular políticas públicas que estejam de acordo com as necessidades da população; reconhecimento dos direitos sociais; abertura de canais para ampla participação da sociedade.

Podem os conselhos ser estruturas acolhidas pelo Estado como forma de controle social e interferência na definição e desempenho das políticas públicas. São eles capazes de construir uma democracia de alta intensidade, em detrimento àquela que define de modo restritivo o espaço público e não partilha a autoridade das relações de poder (Shimizu *et al*, 2013; Oliveira, Pinheiro, 2010).

Diante tamanha importância na consolidação dos conselhos de saúde, é fundamental a construção de estratégias capazes de efetivar os diversos segmentos representantes no conselho, ou seja, do governo, do prestador, do trabalhador e do usuário, visando o reforço das estruturas horizontais de participação. O Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), vem desenvolvendo uma relação de parceria com o Conselho Estadual de Saúde (CES), de modo a reforçar o controle social, parceria esta que será discutida ao longo deste trabalho.

O controle social em Minas Gerais: conhecendo o Conselho Estadual

O controle social, na figura do Conselho Estadual de Saúde (CES/MG), se faz presente em Minas Gerais e se configura como órgão pertencente ao sistema estadual de saúde, conforme a Lei Delegada nº 180/2011 e o Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011, estando administrativamente subordinado à SES. Atualmente, o Projeto de Lei 4427/2013, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, está em tramitação na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, o que garante uma regulamentação ainda maior do referido órgão, dando maior institucionalidade ao mesmo.

As atribuições do Conselho Estadual de Saúde dispostas no referido projeto de lei são, conforme artigo 2º do mesmo:

I - atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, nos aspectos econômicos e financeiros, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde, cujas decisões serão homologadas pelo Gestor do SUS no Estado;

II - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Estadual de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

III - acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS depositados em conta especial do Fundo Estadual de Saúde;

IV - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais, bem como a organização hierárquica estabelecida no Plano Diretor de Regionalização;

V - acompanhar o processo de desenvolvimento e de incorporação científica e tecnológica na área de saúde;

VI - articular-se com os órgãos de fomento da educação, como a Secretaria de Estado de Educação e as instituições de ensino superior, na busca de subsídios relacionados à caracterização das necessidades sociais e intersetoriais na área de saúde;

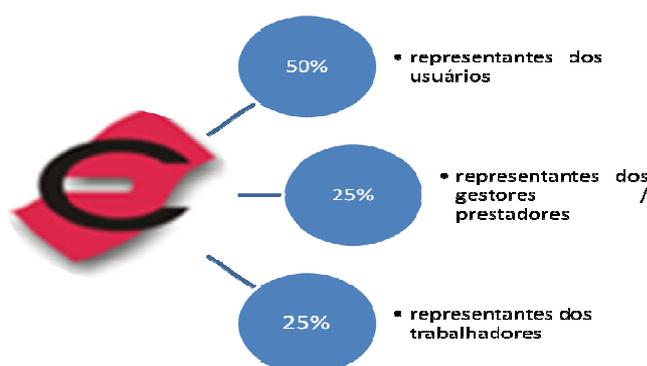
VII - deliberar sobre as políticas públicas de saúde no âmbito do SUS em Minas Gerais, bem como sobre todas as políticas que impactam os determinantes e condicionantes da saúde da população, entendendo saúde como um processo biopsicossocial;

VIII - deliberar sobre a remuneração de serviços, observados os critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS; e

IX - deliberar sobre os instrumentos de planejamento do SUS elaborados pela SES, dentro dos prazos estabelecidos no regimento.

Quanto à composição do CES, esta ocorre de forma paritária, sendo composto por 52 (cinquenta e dois) conselheiros – membros titulares – com os respectivos suplentes, sendo a proporção da representação de vinte e cinco por cento de representação de governo e prestadores de serviços de saúde no SUS; vinte e cinco por cento de entidades representativas dos trabalhadores e profissionais da área de saúde; e cinquenta por cento de entidades e movimentos representativos de usuários do SUS. Estes conselheiros são indicados por 38 (trinta e oito) instituições representativas.

Figura 1. A Composição do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais



O Conselho Estadual de Saúde tem suas deliberações aprovadas por meio de reuniões do Plenário que acontecem mensalmente, sob cronograma previamente acordado, ou extraordinariamente, por convocação da Mesa Diretora ou de 1/3 de seus membros.

Destaca-se que a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) percebe a importância da concretização do preceito da participação social como base para os avanços no SUS. Para tanto, espera-se a união dos esforços dos gestores e da sociedade e o comportamento e postura responsável dos cidadãos. Assim, a SES/MG entende que é seu dever apoiar a institucionalização do CESMG.

Além de prover estrutura física e equipamentos, buscando garantir-lhe autonomia para seu pleno funcionamento, a SES/MG tem reservado rubrica específica para o Conselho. Ao todo, entre 2008 e 2013, quase R\$ 7.000.000,00 foram gastos na operacionalização do Conselho Estadual de Saúde. Os recursos de custeio planejados para o CESMG são destinados a viagens dos conselheiros, atividades de capacitação, formação e fortalecimento do controle social nos níveis regional e municipal.

Adicionalmente, a SESMG vem apoiando o CESMG na realização de Conferências Estaduais de Saúde e conferências temáticas, sendo que estas vêm sucedendo com a regularidade prevista legalmente, tendo a participação expressiva de todos os segmentos da sociedade interessados no setor. As deliberações geradas nestas conferências vêm contribuindo para o avanço dos serviços e da organização do SUS em Minas Gerais (CES, 2010).

A Lei Complementar 141 e o reforço da participação social

A Lei Complementar nº 141, de 2012, foi instituída com a finalidade de cumprir o mandamento constitucional, de organização das ações e serviços de saúde, presente no art. 198, § 3º da Constituição Federal, e da Emenda Constitucional de nº 29, conforme texto abaixo:

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento (...)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A referida lei trouxe definições importantes, como o que são gastos com saúde; o que não são gastos com saúde para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na lei; como se dá a vinculação das receitas para municípios, estados e União; valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; quais os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde; normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Um dos grandes avanços percebidos diz respeito a participação e fiscalização da sociedade em relação ao processo de planejamento e orçamento, principalmente em relação aos conselhos de saúde, que tem sua atuação definida em diversos artigos da lei.

Com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, por meio da publicação da Lei Complementar 141/2012, essa participação está fortalecida, sendo hoje um papel atribuído aos Conselhos de Saúde co-participar na formulação e no planejamento das diretrizes do SUS, aprovar os instrumentos de Planejamento (Plano, Programação e Relatório de Gestão), aprovar os gastos em saúde (inclusive permitindo ou não que gastos em saneamento para pequenas comunidades sejam computados para fins de cumprimento do mínimo percentual) e encaminhar recomendações ao dirigente máximo de cada esfera de gestão (presidente, governador e prefeitos) em relação a execução, a partir da análise dos relatórios quadrimestrais.

Entre as várias atribuições dadas aos conselhos, conforme a Lei Complementar 141/2012, destacam-se:

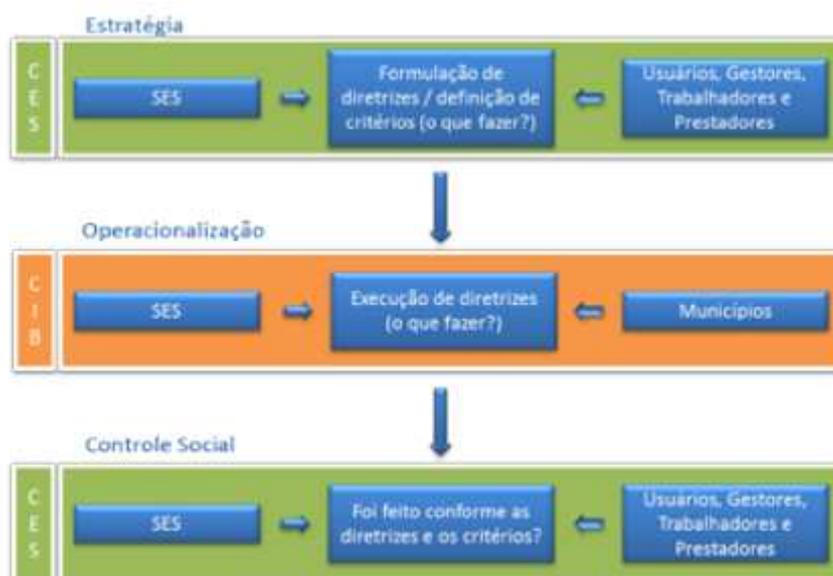
- Deliberação dos Conselhos de Saúde sobre as despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que serão consideradas como ações e serviços de saúde na prestação de contas do respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre a metodologia pactuada na CIT para definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde.
- Recebimento pelos Conselhos de Saúde de informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação.
- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre as normas do SUS pactuadas na CIT.
- Deliberação dos Conselhos de Saúde sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
- Avaliação da Gestão do SUS pelos respectivos Conselhos de Saúde e emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre o modelo padronizado dos Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do modelo simplificado desses relatórios para os municípios com menos de 50 mil habitantes.
- Assessoramento ao Poder Legislativo de cada ente da Federação pelos respectivos Conselhos de Saúde, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS.

- Recebimento pelos Conselhos de Saúde da informação do Ministério da Saúde sobre o descumprimento dos dispositivos da LC141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Avaliação pelos Conselhos de Saúde da repercussão da LC141/2012 sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.
- Apreciação pelos Conselhos de Saúde dos indicadores propostos pelos gestores de saúde dos respectivos entes da Federação para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde e a implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39.
- Cobrança e participação dos Conselhos de Saúde na formulação do programa permanente de educação na saúde para qualificar a atuação dos conselheiros, especialmente usuários e trabalhadores, na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde

Conforme pode ser observado, a Lei Complementar 141/2012 reforçou sobremaneira a importância da participação social na condução e no controle do SUS.

A Figura 2 destaca o processo de participação no âmbito do SUS.

Figura 2. O processo decisório no SUS



Avanços relativos na participação e no controle social no SUS em Minas Gerais

São notáveis os avanços obtidos no exercício da plena participação e do controle social em Minas Gerais nos últimos anos.

Entre estes, destacam-se:

- Construção e aprovação dos Planos Estaduais de Saúde: 2008-11 e 2012-15;
- Aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão 2009, 2010 e 2011;
- Apresentação das Programações Anuais de Saúde 2012, 2013 e 2014, antes do exercício.
- Aprovação (com redução gradativa) do recurso aplicado em saneamento de pequenas comunidades;
- Apresentação dos relatórios quadrimestrais e apresentação de recomendações ao chefe do poder executivo (Governador) conforme trâmites estabelecidos na LC 141/2012.

Cabe ressaltar que a relação entre o gestor e o conselho fundamenta-se cada vez mais em um contexto de parceria.

Propostas de inovações no controle social promovidas no Governo de Minas: a instituição da Rede de Participação Social

Sendo assim, fortalecer a participação social no Sistema Único de Saúde se faz imprescindível, frente à importância da construção conjunta e ascendente das políticas de saúde. Em Minas Gerais, esse fortalecimento tem se dado através da articulação entre os Conselhos Municipais de Saúde, os Colegiados Regionais de Conselheiros Municipais de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde.

Cabe ressaltar que o artigo 44 da Lei Complementar 141/2012 que prevê que:

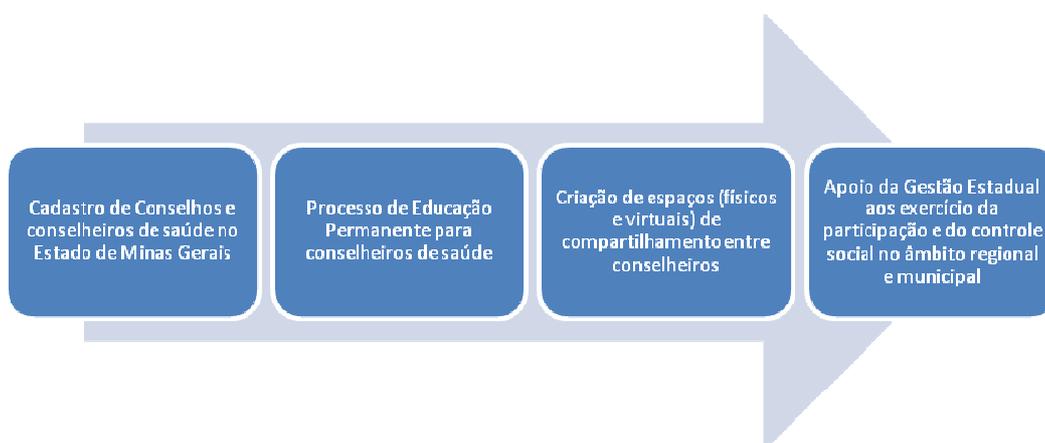
Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

Assim, torna-se indispensável para o efetivo exercício da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, que se constituam espaços permanentes de discussão e construção visando a capacitação dos conselheiros, além do estabelecimento de processos de gestão da informação e do conhecimento

que subsidiem os mesmos (os conselheiros) no exercício de sua função, que é voluntária e de relevante interesse público.

Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria com a Secretaria Estadual de Saúde, vem desenvolvendo um projeto para implantação da Rede Mineira de Participação Social, projeto inovador que visa o desenvolvimento do controle social. O projeto traz uma série de ações específicas:

Figura 3. As estratégias desenvolvidas para construção da Rede de Participação Social



Para o fortalecimento desta Rede, busca-se a parceria com o Canal Minas Saúde. Serão preparadas transmissões bimestrais com temas voltados para o fortalecimento do controle e da participação social.

Outro aspecto a ser destacado é o estabelecimento e o preenchimento do Cadastro de Conselhos e conselheiros de saúde no Estado de Minas Gerais. Este cadastro consiste na alimentação pelos conselhos municipais de um instrumento diagnóstico quanto a regularidade, o funcionamento e atuação o Cadastro de Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (CADCES).

Através deste cadastro, será possível que o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde contatem os conselhos e conselheiros municipais, no intuito de divulgar informações, propor ações conjuntas e estabelecer uma rede em prol do fortalecimento do SUS.

O referido cadastro é composto de dados, tais como composição dos conselhos, paridade de representação, lei de formação, etc. Seu objetivo é instrumentalizar o CES e também a SES de informações, de modo que, conhecendo

a realidade dos mesmos, seja possível instituir um verdadeiro plano de ação para que os conselheiros e os conselhos municipais sejam verdadeiros agentes de transformação e atuantes por uma saúde pública melhor.

Adicionalmente, cabe ressaltar que para apoiar o processo de educação permanente e os cadastros, as Unidades Regionais de Saúde organizarão Encontros Regionais, convidando conselheiros municipais da região e membros do Colegiado Regional para assistirem a aula e depois realizarem um debate de cerca de 60 (sessenta) minutos sobre a temática apresentada.

A mediação deste debate ficará a cargo de representante do Núcleo de Gestão Regional da URS e de um tutor contratado entre os membros do Controle Social da Região. Visando subsidiar estes debates serão encaminhadas perguntas e eixos para fomentar as discussões.

Caberá ao Núcleo de Gestão Regional consolidar em planilha criada para este fim a presença dos conselheiros da região. O Canal disponibilizará ainda uma Sala Interativa que será *obrigatoriamente* acessada pelos tutores e cujo acesso estará facultado de forma voluntária aos conselheiros que participarem do processo. Esta sala conterà fóruns regionais para compartilhamento de experiências e informações e para continuidade dos debates nos períodos entre as aulas bimestrais.

Considerações finais

Os avanços inerentes ao processo de participação social no SUS em Minas Gerais são visíveis e demonstram um importante resultado da abertura governamental a trabalhar um governo aberto, voltado para o reforço do exercício da participação social e da cidadania.

Conforme a figura abaixo, este tem sido um dos motes do Governo Estadual. Fortalecer a participação e controle social, em benefício do exercício da cidadania e do protagonismo dos cidadãos.

Afinal, a melhor forma de garantir os direitos sociais é empoderar os beneficiários destas políticas: os cidadãos.

Figura 4. O Choque de Gestão em Minas Gerais

Referências

ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira Ciências Sociais*; 14(40):111-141, jun. 1999.

AVRITZER L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados*; 50(3):443-464, 2007.

BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e democracia. *Lua Nova*, São Paulo, (33):5-16, ago. 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. São Paulo : Editora Moderna, 1984.

DAHL, R.A. *Sobre a democracia*. Trad. de Beatriz Sidou. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2001. 230 p.

FERREIRA, N. T. *Cidadania: uma questão para a educação*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1993.

GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):7-16, 2013

GOHN, M.G. *O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias*. São Paulo: Cortez Editora, 2005. 120 p.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Trad. de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. 220 p.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2275-2284, 2013.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de e PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2455-2464, 2010.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (suplemento 2):7-18, 1998.