

Capítulo 18

A Participação e o Controle Social e seu papel na construção da Saúde

Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava¹

Juan Stuardo Yazlle Rocha¹

Temas de relevância e frequentemente presentes no campo da Saúde, a participação social e o controle social são muitas vezes tomados como sinônimos.

Autores fazem uma distinção entre ambos ao destacarem que a participação popular envolve compartilhamento de poder político entre o Estado e pessoas estranhas a este, enquanto que o Controle Social representa o direito de manter o estado sob fiscalização. Enquanto a primeira pode contribuir com a formação das normas do Estado, o segundo submete o Estado ao controle dos cidadãos por meio das normas geradas. Assim, “O Controle Social expressa uma forma de governar em que os cidadãos podem atuar como sujeitos políticos capazes de orientar e fiscalizar a ação do estado, estabelecendo novas relações entre Estado-Sociedade”¹.

Estes autores classificam o controle público em institucional (interno ou externo) e em controle social. Este pode exercido individualmente, quando feito por quem não seja agente público no exercício de sua função, ou coletivamente, por órgão que não seja integralmente do próprio Estado, como no caso dos Conselhos de Saúde que têm composição paritária¹.

O termo controle social comporta significados ambíguos: tanto pode designar o controle do Estado sobre a sociedade ou, ao contrário, o controle de setores organizados na sociedade sobre as ações do Estado. Atualmente vem sendo objeto das discussões e

¹ Docentes do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

práticas de vários setores da sociedade, tomados como sinônimo de participação social nas políticas públicas².

Nos anos de vigência da ditadura militar em nosso país, o controle social era exercido sobre o conjunto da sociedade pelo Estado autoritário, por meio de medidas repressivas, mesmo que se valendo de um aparato legal, como decretos, atos secretos e atos institucionais. A revitalização do processo de redemocratização no Brasil criou na sociedade uma relação polarizada entre o Estado portador desse projeto e a sociedade civil que almejava transformações profundas no cenário político e social, resgatando sua participação e liberdade civis².

As discussões sobre a participação social retornam ao centro do cenário, portanto, no momento de democratização do país, em um contexto de efervescência política fortalecido a partir da segunda metade da década de 80, no sentido de fazer vigir o controle da sociedade civil organizada sobre o Estado. O controle social passa a agregar uma dimensão de participação também na concepção e formulação de planos, programas e projetos de interesse coletivo, bem como no seu acompanhamento de forma a garantir que as escolhas relativas à definição da alocação de recursos pudessem voltar-se e corresponder às suas necessidades³.

Essa ausência de um monitoramento sistemático permitiu, por exemplo, a retirada reiterada de recursos públicos da saúde na década dos anos 70, usados para financiar outros projetos governamentais alheios aos interesses populares, como usinas, estradas ou setores empresariais e lucrativos na área da saúde. Esses desvios, associados à crise do capitalismo internacional que levava a um crescente número de trabalhadores sem registro formal de trabalho e sem direito à assistência previdenciária falida, agravou enormemente a desassistência.

Esse contexto onde predominavam a ausência de racionalidade da saúde, a corrupção e a exclusão era objeto de extrema insatisfação, e, ao mesmo tempo propulsor de mobilização pela Reforma Sanitária. Este movimento envolveu vários segmentos da sociedade, como as Comunidades Eclesiais de Base, os movimentos populares de saúde, integrantes dos Departamentos de Medicina Preventiva de várias universidades, intelectuais e membros de partidos políticos progressistas, articulando-se contra o modelo assistencial excludente e segmentado, e em prol de um sistema de saúde voltado a todos os cidadãos, qualificado e participativo.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco histórico na luta desenvolvida pelos militantes desse movimento sanitário. Nela

se conseguiu debater e dar visibilidade a esse projeto político, no qual a participação e o controle social já eram as bases inegociáveis. Naquele espaço, pressupostos relevantes foram referendados, como a ampliação do conceito de saúde que passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do estado; a organização do sistema de saúde a partir do princípio da integralidade da assistência e da superação das iniquidades presentes em nossa sociedade. Estes princípios éticos foram instituídos na Constituição Federal de 1988, merecidamente reconhecida como Constituição Cidadã.⁴

As Conferências e os conselhos de saúde representaram e ainda são importantes espaços para que a participação e o controle social sejam exercidos, quer no nível municipal, estadual ou federal. Destinam-se a avaliar e debater as dificuldades e avanços do sistema de saúde, propondo e formulando diretrizes para seu aperfeiçoamento.

Ao contrário do que muitos pensam, esse espaço político não é recente. A primeira Conferência Nacional de Saúde foi convocada no ano de 1941, pelo então Ministro da Educação, quando a Saúde ainda era um Departamento deste Ministério. Foi seguida de muitas outras, discutindo temas ainda não superados no processo de construção do nosso sistema de saúde. O quadro 1 apresenta uma síntese das Conferências ocorridas até o momento em nosso país.

Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde havidas no Brasil, e respectivas datas, temários e autoridades à época. Brasil, 2016.

Conferência	Data	Temário	Ministro da Saúde	Presidente da República
1ª	06/1941	1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf	Gustavo Capanema (Educação)	Getúlio Vargas
2ª	12/1950	1. Malária 2. Segurança do trabalho 3. Condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes Não produziu Relatório Final, não teve Texto Base e nem Regimento	Pedro Calmon M. de Bittencourt	Eurico Gaspar Dutra
3ª	06/1963	1. Análise da situação sanitária 2. Reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo 3. Proposição de um plano nacional de saúde http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf	Wilson Fadul	João Belchior Goulart

4ª	08/09/1967	1. Recursos Humanos para as atividades de Saúde, necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde 2. Política e realizações da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) 3. Experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf	Leonel Tavares Miranda	Arthur da Costa e Silva
5ª	08/1975	Composto por 5 temas: 1. Implementação da Lei n. 6.229/75 de julho de 1975 criando o Sistema Nacional de Saúde e distribuindo as atribuições entre o Ministério da Saúde (ações coletivas de saúde) e o sistema de assistência médica previdenciário, (ações de assistência à saúde individual) 2. Implementação do programa de Saúde Materno-Infantil 3. Programa de Controle de Grandes Endemias 4. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais 5. Implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6ª	08/1977	Avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais: 1. A situação do controle das grandes endemias 2. A operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass) 3. Debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7ª	03/1980	4. A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos: articulação inter-setorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária, tendo como o eixo dos debates a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), para a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. 5. Debate da proposta do presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de criação de seguro-saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8ª	03/1986	1. Saúde como direito 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde 3. Financiamento do setor saúde https://infocomsaude.wordpress.com/2011/08/11/relatorio-final-da-8%C2%AA-conferencia-nacional-de-saude/	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9ª	08/1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde 2. Implantações do SUS 3. Controle social	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello

		http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf		
10ª	09/1996	1. Saúde, cidadania e políticas públicas 2. Gestão e organização dos serviços de saúde 3. Controle social na saúde 4. Financiamento da saúde 5. Recursos humanos para a saúde 6. Atenção integral à saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11ª	12/2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Temas específicos: 1. Controle social 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social 4. Recursos humanos 5. Políticas de Informação, Educação e Comunicação no SUS http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12ª	12/2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde 2. A Seguridade Social e a saúde 3. A intersectorialidade das ações de saúde 4. As três esferas de governo e a construção do SUS 5. A organização da atenção à saúde 6. Controle social e gestão participativa 7. O trabalho na saúde 8. Ciência e tecnologia e a saúde 9. O financiamento da saúde 10. Comunicação e informação em saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
13ª	11/2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva
14ª	11/2011	Tema Central: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro” - Acesso e acolhimento com qualidade http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf	Alexandre Padilha	Dilma Roussef
15ª	12/2015	Tema Central: Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro. Eixos temáticos: 1. Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade 2. Participação social 3. Valorização do trabalho e da educação em saúde 4. Financiamento do SUS e relação público-privado; 5. Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde 6. Informação, educação e política de comunicação do SUS;	Arthur Chioro	Dilma Roussef

		7. Ciência, tecnologia e inovação no SUS 8. Reformas democráticas e populares do Estado		
--	--	--	--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2009 e atualizado pelos autores

A realização dessas Conferências tem sido precedida pelas etapas municipais, regionais e estaduais, mobilizando, nacionalmente, milhares de participantes em torno de temários que buscam o reconhecimento do SUS como política de proteção social, de combate às iniquidades e de ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde para todos os cidadãos. Nesse contexto impõe-se uma questão: qual tem sido o poder que essa mobilização colossal tem gerado no sentido de viabilizar o projeto ético-político do SUS?

Os Conselhos como ferramentas da participação e controle da sociedade

Estudiosos apontam que os conselhos têm suas origens em três direções distintas: a primeira como uma forma de organização revolucionária, configurando-se tanto como uma instância de poder, quanto como um sistema de representação. Tem como exemplos emblemáticos os Conselhos da Comuna de Paris (1871) e os “soviets” da revolução Russa (1917). Na segunda direção, como instâncias de poder nos locais de trabalho, organizados por assembleias operárias e sistemas representativos têm como exemplos os Conselhos de Fábrica (1919) da Itália, as “Comisiones Obreras” espanholas de 1900, que participaram ativamente da luta contra o regime franquista, e os Conselhos poloneses nascidos na década de 50, que mais tarde constituíram-se no sindicato Solidariedade. Na terceira direção os conselhos surgem nos países capitalistas com a finalidade de negociar demandas de trabalhadores, usuários e outros grupos de pressão relacionados ao consumo de serviços e bens coletivos.⁵

No Brasil os Conselhos têm origem em experiências informais sustentadas por movimentos sociais, a exemplo do movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, ou como estratégia de luta operária, na forma de Comissões de Fábrica.

Esses conselhos surgem nos anos 80, como marcos da luta contra a ditadura e pela redemocratização do Estado e da sociedade. Com força suficiente para fazer incorporar na Constituição Federal de 1988 mecanismos democratizadores e

descentralizadores nas políticas sociais, ampliaram direitos sociais e a responsabilidade social do Estado. Entretanto, pode-se dizer que o processo brasileiro vinha na contramão do plano internacional, onde se configurava uma crise, tanto no Estado de Bem Estar Social, quanto no Estado Socialista. A crise mais ampla que emergiu deste processo culmina no chamado projeto neoliberal e nas propostas de redução do Estado e seu papel social, interferindo na democratização das políticas sociais.⁶

A Lei 8142/90 institucionalizou os conselhos e conferências de saúde, definindo-os como instâncias de participação da sociedade organizada na gestão do SUS⁷. As Leis Orgânicas 8080 e 8142 iniciam toda uma experiência de descentralização e participação social, muito relevantes para a construção do projeto ético-político da Saúde, universal, integral e equânime.

No ano 2000 estimava-se a presença de mais de quatro mil conselhos municipais implantados, perfazendo um contingente de cerca de 60 mil conselheiros mobilizados, permanentemente. Ponderava-se que esse tipo de participação tinha aspectos positivos e negativos, mas que o resultado final apontava para que se insistisse nessa lógica de funcionamento.⁸ Autores destacam que esse fenômeno vem após muitas décadas de organização e crescimento dos movimentos sociais. Nas décadas de 20 e 30 houve as primeiras conquistas da sociedade organizada por meio de sindicatos urbanos para que os empresários formassem o sistema de aposentadorias e pensões, criando-se as Caixas e Institutos. Nestes, por meio dos Conselhos Tripartites, contou-se com a participação ativa dos trabalhadores, conquistando o controle social de sua própria riqueza⁸.

Os Conselhos são considerados tanto sociedade civil quanto Estado e suas deliberações homologadas tornam-se um ato de governo. Entre estudiosos é presente a crítica ao comportamento das entidades representativas dos usuários e dos profissionais prestadores de serviços da saúde no Conselho, que mesmo as mais politizadas afastam-se das discussões ao elegerem seus representantes, esquecendo-se que a “força política da representação social está na mobilização dos movimentos sociais e das entidades na rua, na imprensa, na mídia”. Como características essenciais, os conselhos devem fundamentar-se no pluralismo, na paridade, no exercício da prerrogativa legal de formular estratégias para as políticas públicas de saúde, administrar os recursos públicos financeiros, transformando o orçamento em resultados para a população. O caráter deliberativo e não apenas consultivo foi uma conquista legal e social relevante.⁸

Há estimativas de que a sociedade brasileira organizada representa apenas 15% da população do país, sendo que na Europa 80% da população está ligada a alguma forma de organização.⁸

Herbert de Souza já pregava que a democracia tem como princípios a igualdade, a liberdade, a diversidade, a solidariedade e a participação. Entretanto, sem esta, considerava não ser possível transformar em realidade, em parte da história humana, nenhum dos outros princípios. Assim, ressaltava que melhorar as condições de vida da população brasileira requer as iniciativas e os esforços de intensa participação social, pautada pela ética, pela reflexão crítica e por práticas concretas.⁹

Considerando que “Democratizar é ampliar a participação da sociedade nas políticas públicas”, integrantes ParticipaNetSUS apontam dados de sua investigação: há atualmente, 5463 Conselhos Municipais de Saúde, sendo a maioria deles instituído entre 1991 e 1997. Conta com 72 mil conselheiros titulares, dos quais 36 mil representam os usuários. Adotando indicadores de Pleno Funcionamento dos Conselhos, obtiveram que 87% têm reuniões abertas; em 76% a população tem direito a voz; 70% realizam eleição para presidente; 61% contam com linha telefônica; 45% com internet; 40% têm mesa diretora; 90,47% tiveram suas resoluções cumpridas; 17% têm sede e 9% têm recurso financeiro.¹⁰

Considerando-se que a transição democrática no Brasil ocorreu em meados da década de 80, que a primeira eleição presidencial direta pós governos militares ocorreu em 1989 e o impeachment deste presidente em 1992, vemos que só perto de 20 anos vivemos num regime democrático mais estável. Na história republicana o país viveu breves períodos democráticos intercalados com outros ditatoriais, além de que mesmo antes da república o país se constituiu a partir de uma cultura autoritária, patrimonialista e elitista. Assim, valores antidemocráticos estão fortemente presentes nos alicerces das relações sociais. Eles interferem de forma negativa para que as transformações ocorridas nos últimos 20 anos sejam capazes de alterar de maneira mais radical as relações sociais e econômicas. Mesmo em espaços inovadores como os Conselhos de Saúde e as Conferências, esses valores ainda prevalecem, fazendo com que esses espaços estejam entre a inovação e a reprodução da cultura política. Reconhece-se que, embora sofram de todos os males que caracterizam a matriz cultural da sociedade brasileira, são também o germe de sua transformação.¹¹

Na vida cotidiana, nas unidades de saúde ou em outros setores, a disposição de monitorar de forma comprometida andamento dos serviços coletivos, aprimorar a qualidade dos cuidados ofertados, conhecer as ideias, propostas, projetos, disponibilidade e uso efetivo dos recursos existentes deve ser parte da vida de todo cidadão. A consciência sobre a natureza, sobre a vida em sociedade, sobre a inclusão e exclusão social, a defesa do patrimônio material e cultural da comunidade, se transformados em práticas concretas pode gerar uma vida mais digna, rica, participativa e solidária.

É reconhecido, entretanto, que a participação e o controle social não ocorrem de forma efetiva e plena. Essa dificuldade é atribuída tanto à falta de informação, quanto à existência de interesses outros para que os cidadãos desconheçam e exijam seus direitos.¹²

Por outro lado, segmentos alinhados com a lógica e com o amadurecimento do processo participativo buscam produzir materiais informativos de qualidade para instruir conselheiros e a sociedade em geral sobre como participar de maneira crítica desses espaços coletivos. Pode-se localizar materiais de boa qualidade instruindo como analisar relatórios de gestão, como organizar conferências municipais de saúde, dando o passo a passo dessas ações.¹³

Em uma sociedade de tantas iniquidades como a nossa, as disputas sociais podem se intensificar e posições legítimas de instâncias legalmente reconhecidas, desrespeitadas. Recentemente, vimos lutas e manifestações populares importantes em prol de maiores investimentos na área da saúde sendo desconsiderados. Como exemplo podemos citar a grande mobilização popular que arrecadou 2,2 milhões de assinaturas apoiando projeto que obriga a União a investir 10% de suas Receitas Correntes Brutas na Saúde, recompondo os valores disponíveis da década de 90. Entretanto esse movimento, conhecido como Saúde + 10 foi preterido pela aprovação, no apagar das luzes do ano de 2014, do Orçamento Impositivo, nome dado à Emenda Constitucional nº 86, que impõe perda de R\$ 7 bilhões por ano, por cinco anos, para o SUS. Outros estão em disputa no cenário político do país.

Antes de desanimar frente a essa constatação, devemos reconhecer que só a intensificação da participação social pode contribuir com a democratização das relações na sociedade, imprimir legitimidade ao incluir novos participantes no processo de gestão do sistema de saúde e superar tais dificuldades: questionar, propor, construir, comprometer-se, criar uma nova cultura, mudar. Estimular e investir sistematicamente no compromisso coletivo por uma sociedade mais solidária e participativa pode levar a novos resultados que superem o clientelismo, o corporativismo, a captura de parte dos nossos representantes pelo poder econômico, transformando, assim, consumidores de bens e serviços em cidadãos conscientes e críticos.

Entidades de vanguarda que militam na área da Saúde como a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), a APSP (Associação Paulista de Saúde Pública), o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), a ABRES (Associação Brasileira de Economia da Saúde, o IDISA (Instituto de Direito Sanitário Aplicado) e a AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde) têm defendido de forma enfática que os Conselhos assumam papel ativo no resgate dos movimentos da sociedade civil, buscando fortalecer a tomada de consciência quanto aos direitos sociais e à construção da cidadania. Essa mobilização busca obter avanços no processo de democratização do Estado e a ampliação, consolidação e qualificação de políticas com cunho universal. Os conselheiros, apoiados pelas entidades que representam, devem focar também na formulação de estratégias, superando uma posição meramente reativa frente ao que é apresentado pelo Estado e pelas políticas governamentais.

Bibliografia

1. SÁ, M. J. C. N.; PORTO, M. T. D. F. P. M. Controle público e o SUS. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.). **Política e gestão pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.p. 399.
2. CORREIA, M. V. C. **Que é Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
3. CORREIA, M. V. C. **Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18).
5. TEIXEIRA, E. C. Sistematização: efetividade e eficácia dos Conselhos. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo:Polis, 2000. p. 92-96.
6. RAICHELIS, R. Sistematização: Os conselhos de gestão no contexto internacional. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000. p. 41-46.
7. MOREIRA, M. R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 15-22, junho 2008.
8. SANTOS, N. R. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000. p. 15-21.
9. SOUZA, H. de. Participação.
<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/Contecsi2004/BrasilEmFoco/port/polsoc/partic/apresent/apresent.htm> . Acesso em 20 de junho de 2011.

10. MOREIRA, M. R. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, junho 2008.
11. ESCOREL, S. Debates com o artigo. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, junho 2008.
12. ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.