

## **Capítulo 9**

# **CONTROLE SOCIAL NO SUS: A EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO E DOS PROFISSIONAIS EM UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Cíntia Valéria Souza**

**André de Carvalho Bandeira Mendes**

# **CONTROLE SOCIAL NO SUS: A EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO E DOS PROFISSIONAIS EM UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

*Cíntia Valéria Souza*

*Graduada no Curso de Licenciatura em Normal Superior pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Pós Graduanda em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). cintiasouzalima@hotmail.com.*

*André de Carvalho Bandeira Mendes*

*Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Estudos do Lazer (UFMG). Docente do Curso Gestão de Instituições Federais de Educação Superior (GIFES) na UFMG. andrechbmendes@gmail.com.*

## **RESUMO**

Mecanismos legais e institucionais de controle social, os Conselhos são espaços democráticos de decisão e participação social na construção de políticas públicas de forma deliberativa desde a criação do SUS em 1988. Neste trabalho é realizada a análise de como ocorre a participação da população do município de Couto de Magalhães de Minas no Conselho Municipal de Saúde. Para a análise foi realizada a revisão bibliográfica sobre as políticas de saúde. A opção metodológica foi pelo estudo de caso, com o uso da observação participante sobre a atuação do Conselho. Para isso é feita a contextualização da cidade, que é um município de pequeno porte do estado de Minas Gerais, assim como do histórico do controle social, do funcionamento do conselho e a análise da documentação pertinente visando analisar a efetividade da participação social. Os dados obtidos mostraram a necessidade de reestruturação do conselho municipal objetivando a garantia da execução do controle social. Entretanto, a sociedade civil ainda não tem ciência da importância de sua participação na elaboração das políticas públicas e não ocupa, de forma efetiva, estes espaços de participação. Durante a pesquisa e intervenção foram observadas alterações no funcionamento do órgão.

**Palavras-chave:** controle social; Conselhos Municipais; participação social.

## **INTRODUÇÃO**

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação do cidadão na formulação, implementação e controle social das políticas tornou-se possível. Deu-se origem a criação de conselhos de políticas públicas no âmbito da saúde, assistência social e educação nos três níveis de governo.

Os conselhos são mecanismos legais e institucionais de controle social (CARVALHO, 1997; CORREIA, 2005), sendo espaços democráticos de decisão e participação social na construção de políticas públicas de forma deliberativa.

No âmbito da saúde, o Conselho foi instituído pela Lei nº 8.142/90 que em seu parágrafo segundo o define como em caráter permanente e deliberativo, um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que 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.

Embora os Conselhos representem um importante espaço para a efetivação do controle social sendo responsável por dar voz à sociedade possibilitando sua participação no planejamento (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) monitoramento e avaliação dos gestores, falta um pleno entendimento da população acerca da responsabilidade de tal representatividade.

Este artigo traz um estudo de caso sobre a atuação do Conselho em um município de pequeno porte do estado de Minas Gerais. Para tanto é feita a contextualização da cidade e do funcionamento do conselho e a análise da documentação pertinente, sendo esta de acesso público, buscando verificar como se dá tal representatividade.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO**

Emancipada no ano de 1963, Couto de Magalhães de Minas é um município de pequeno porte distante 324 quilômetros pela via rodoviária mais utilizada da capital mineira. A cidade não possui indústrias e empresas geradoras de emprego sendo grande parte da renda da população vinculada ao serviço público municipal e a agricultura familiar. Assim é uma cidade bastante dependente do Fundo de Participação dos Municípios e demais repasses estaduais e federais.

Está localizada no Alto Jequitinhonha e pertence à microrregião de Diamantina possuindo uma área de 485,7 Km<sup>2</sup> e 4.204 habitantes de acordo com o censo 2010<sup>18</sup>. Sua localização pode ser visualizada na figura 1.

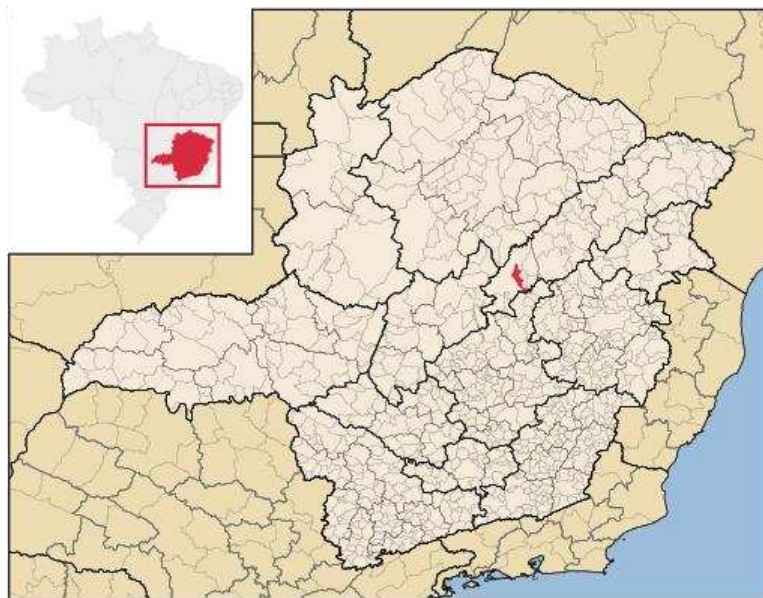


Figura 1 – Localização geográfica do Município de Couto Magalhães de Minas  
Fonte: Wikipédia, 2019<sup>19</sup>

No âmbito da saúde, o município possui uma unidade básica de saúde que fica aberta 24 horas e presta atendimentos médicos de sobreaviso noturnos para atendimento de casos agudos e encaminhamentos dos casos de maior complexidade, que são referenciados para a cidade de Diamantina, sede da microrregião.

O município atinge 100% de cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica possuindo duas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) com saúde bucal e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Uma das ESFs juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) funciona dentro da unidade de saúde e a outra possui sede própria.

São ofertados à população residente além dos procedimentos compatíveis com a complexidade da atenção básica alguns procedimentos de média complexidade como consulta especializada em ortopedia, fisioterapia e ginecologia/obstetrícia.

<sup>18</sup>Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/couto-de-magalhaes-de-minas/panorama>>. Acessado em 05 de novembro de 2019.

<sup>19</sup> Disponível em:<[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/ff/MinasGerais\\_Municip\\_CoutodeMagalhaesdeMinas.svg/512px-MinasGerais\\_Municip\\_CoutodeMagalhaesdeMinas.svg.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/ff/MinasGerais_Municip_CoutodeMagalhaesdeMinas.svg/512px-MinasGerais_Municip_CoutodeMagalhaesdeMinas.svg.png)>. Acessado em 05 de novembro de 2019.

No que se trata do Conselho Municipal de Saúde, o mesmo não possui sede própria, nem espaço reservado para atuação. Os arquivos produzidos são armazenados na Secretaria de Saúde estando sob a responsabilidade desta. O que levou a presente proposta de intervenção foi notar, enquanto participante do Conselho, com acesso a conhecimentos no campo da saúde e a partir de certa inquietação com o quadro contextual, no qual a composição e o funcionamento do Conselho Municipal claramente não condiziam com as normativas vigentes e a proposta das políticas, especialmente da saúde enquanto construção coletiva e direito do cidadão.

Desta forma, pode ser necessária a reorganização e reestruturação da composição do Conselho Municipal de Saúde de forma a favorecer sua atividade e efetividade bem como promover seu pleno funcionamento possibilitando que este se torne de fato um órgão capaz de atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

## **REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL: A TRAJETÓRIA ATÉ O MOMENTO ATUAL**

O modelo de saúde do Brasil foi desenvolvido, inicialmente, baseado na filantropia. As ações de saúde consistiam basicamente na fiscalização da higiene pública, realizada de forma precária, e no isolamento dos doentes os afastando do restante da população. O país era assolado por doenças de todo tipo, grande parte delas disseminadas devido à falta de saneamento básico (PAIM, 2008a,2009).

As primeiras universidades de medicina no Brasil foram fundadas após a chegada da família real o que ocasionou uma melhora na situação sanitária.

Em busca da erradicação das endemias e epidemias que cresciam descontroladamente, em 1897 foi criada a Diretoria Geral da Saúde Pública. Mas foi somente em 1903 com a nomeação de Oswaldo Cruz que teve início a campanha de sanitização domiciliar que ocasionou avanços no combate e redução das epidemias.

Na década de 1910 um movimento liderado por médicos com a participação de autoridades políticas e intelectuais, buscava a mudança na organização sanitária. Desse movimento surgiu o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP),

responsável pelo saneamento, profilaxia, vigilância sanitária e endemias, e uma organização permanente de serviços de saúde pública nas zonas rurais.

Na segunda metade do século XX, empresas em São Paulo ofereciam serviços médicos aos trabalhadores mediante desconto de 2% nos salários. Sendo que neste período teve início a Previdência Social no Brasil por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

O Ministério da Saúde teve sua fundação no ano de 1953 e como ele o combate a certas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados, voltados para a prevenção, o ambiente e a coletividade. Até o ano de 1975, era repassado ao Ministério de Saúde menos de 1% dos recursos públicos federais (PAIM, 2009). Eram prevalentes, com tendência ao crescimento, os casos de meningite, tuberculose, malária e chagas além do crescimento da taxa de mortalidade infantil.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977, entretanto o acesso à saúde não era garantido por lei, somente quem estava vinculado ao mercado formal de trabalho possuía acesso a assistência médica cabendo ao restante da população a responsabilidade pela assistência à saúde (PAIM, 2009, op. cit).

Em busca de soluções para os problemas enfrentados e objetivando democratização da saúde, seguimentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde organizaram o movimento social Reforma Sanitária Brasileira (RSB), também conhecido como Movimento Sanitário (SCOREL, 1999; PAIM, 2008 a, 2008 b).

O termo Reforma Sanitária foi utilizado como referência ao conjunto de ideias que vislumbravam as mudanças e transformações necessárias na área da saúde em busca da melhoria das condições de vida da população.

Em 1979, a RSB propôs a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando no primeiro Simpósio de Política Nacional de saúde da Câmara dos deputados o documento *A questão democrática na área da saúde*. Esta foi primeira vez que foi apresentada a proposta com os princípios, diretrizes e justificativa para a criação do Sistema (PAIM, op. cit.).

Realizada no ano de 1986 e considerada como marco na história das conferências, a Oitava Conferência Nacional da Saúde foi a primeira aberta à sociedade. A partir dela foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde (SUDS) além de desempenhar um importante papel na difusão do movimento denominado Reforma Sanitária.

A partir das propostas da Reforma Sanitária o direito à saúde foi universalizado por meio da Constituição Federal de 1988 e a criação efetiva do SUS como um sistema hierarquizado, universal e equânime.

A Constituição Federal reconheceu a saúde como um direito social essencial à condição de cidadão, sendo, portanto obrigação do poder público a sua garantia.

Entretanto, é importante ressaltar que a implantação do SUS se deu de forma gradual. Inicialmente surgiu o SUDS e a universalização do atendimento, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde por meio do decreto nº 99.060 de 1990 (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90 consolidaram e regulamentaram o SUS passando a regular em todo território nacional as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, incluindo aspectos referentes à sua organização e funcionamento.

A lei 8.142/90 que surgiu do resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde criou os Conselhos e as Conferências de saúde nas três esferas de governo garantindo o direito à participação popular por meio do chamado controle social.

Controle Social é um termo utilizado para caracterizar a participação da sociedade civil na gestão da saúde pública. Nesse contexto, os conselhos de Saúde foram constituídos com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde devendo ser estimulado pelos gestores da saúde.

## **ESTUDO DE CASO**

A criação dos Conselhos Municipais em 1990 é resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, constituindo um avanço civilizatório e também uma forma de melhorar a qualidade de vida e os índices de desenvolvimento, os quais Paim (2009, op. cit.) aponta que tiveram um forte declínio no período da ditadura.

Por meio da Resolução Nº453/2012 (BRASIL, 2012) o Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, entretanto, são as leis orgânicas municipais

que detalham as informações como a quantidade de conselhos na cidade, áreas de interesse de atuação, atribuições, composição, funcionamento e demais regulamentações necessárias.

É função do Conselho opinar e sugerir ações para a resolução de problemas, se inteirar sobre as Políticas de Saúde do município e como se dá a execução financeira dos recursos recebidos.

Visando entender como se dá participação da população e dos profissionais em um Conselho Municipal de Saúde bem como sua efetividade, por meio de um estudo de caso baseado na pesquisa documental e exploratória, foram analisados todos os documentos do órgão colegiado.

Na análise, ressalvadas as limitações existentes quanto ao tamanho da amostra, foram utilizados conceitos e a compreensão advinda da Análise de Conteúdo (GIL, 2002).

As diferentes fases da Análise de Conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (BARDIN, 2004, p.95).

Na Análise de Conteúdo foi delimitado o Tema da constituição e funcionamento dos Conselhos, especificamente no tocante à participação popular.

Dessa forma, além das normativas federais que regem os conselhos no âmbito nacional, foram utilizados para a pesquisa documentos do próprio órgão como impressos, textos legais, tais como leis, portarias, regimentos, atas e outros materiais que contribuíssem para a análise.

Criado pela Lei Municipal Nº 398, sancionada em 13 de maio de 1994, o Conselho Municipal de Saúde de Couto de Magalhães de Minas, era composto por representantes das associações comunitárias urbanas, associações de desenvolvimento rural, sindicato dos trabalhadores rurais, pastoral da criança, das secretarias municipais de finanças e educação e pelo secretário municipal de saúde, este, como fixado em lei, era o presidente do órgão.

Baseado nas leis 8.142/90 e 398/94, o principal objetivo do Conselho de Couto de Magalhães de Minas é a melhoria da saúde da população, tendo sua atuação pautada na formulação e execução de estratégias que viabilizem a fiscalização, controle e avaliação das políticas de saúde.



## PROPOSTAS A PARTIR DA SITUAÇÃO

Após analisar a estrutura, composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde do Município de Couto de Magalhães de Minas, é observado que o funcionamento e a estrutura deste apresenta incompatibilidades com as prerrogativas legais.

O órgão colegiado possui sua criação datada no ano de 1994. Até o ano de 2015 seguia-se basicamente o mesmo regimento interno elaborado na data de sua criação. Assim, durante quase 20 anos o regimento não foi revisto, mesmo com todas as mudanças que ocorreram na legislação, nas tecnologias e no perfil demográfico.

Desde a criação dos conselhos de saúde pela Lei 8.142/90, diversas leis, decretos e deliberações foram publicadas com objetivo de organizar, ampliar e estruturar o funcionamento dos conselhos. Em análise às regulamentações publicadas e comparação com os documentos do Conselho de Couto de Magalhães de Minas, é verificado que os documentos que normatizam o órgão estão desatualizados. Na figura 2 é feita a esquematização das legislações aplicáveis aos conselhos de saúde.



Figura 2- Legislações específicas dos conselhos de saúde  
Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Na sua lei de criação não foi prevista a quantidade de membros que deveriam fazer parte do conselho e conseqüentemente não havia quórum mínimo estabelecido.

Outra questão verificada foi em relação à participação paritária. Conforme apresentado na Resolução 453/2012:

Mantendo o que propôs as Resoluções nº 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a)50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

No detalhamento do documento de nomeação do Conselho no que se trata de qual entidade cada membro representa há trabalhadores da saúde e vereadores indicados na categoria de usuários do SUS, aspecto que fere os padrões da paridade colocada como condição essencial nas regulamentações. Cada um dos seguimentos deve possuir espaço próprio não havendo condições de ocupar dupla categoria de representação. Entretanto vale ressaltar que “apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade” (Martins et al. 2008, p. 111).

Outro aspecto observado é desconhecimento do papel do Conselho possuindo Conselheiros que podem ter o seu papel claramente imiscuído com os interesses de suas entidades de classe, bem como participantes que por suas maneiras de atuação pode ser deduzido que representam interesses próprios, várias vezes diversos das questões estruturais do município. Em ambos os casos, não há por parte dos membros interesse quanto às necessidades sociais dos usuários do SUS e a política de saúde. Nesse ponto cabe avaliar se os participantes, enquanto representantes de segmentos específicos, estariam preparados para manter a impessoalidade, que por sua vez é uma das diretrizes do serviço público.

No que se refere ao funcionamento, pode-se verificar nos documentos de livre acesso e consulta aos cidadãos que não há periodicidade de reuniões não havendo um cronograma ou agenda pública específica.

As reuniões, quando ocorrem, são destinadas a aprovação de documentos e instrumentos de gestão que são elaborados pela equipe local sem a participação ativa do conselho.

A partir de uma observação não estruturada, prévia à observação participante, e que de fato ensejou a construção deste estudo, assim como apontado em comunicações entre profissionais que atuam na área, os questionamentos e discussões são rasos e com pouca participação, não há discussão prévia dos problemas sociais. Nota-se então a falta de planejamento, que leva a

questionamentos éticos acerca da participação popular no duplo papel de alvo protagonista das políticas públicas.

Após finalizado o estudo documental, foi elaborado um relatório descrevendo todas as irregularidades e pontos necessários de adequação explicitando a necessidade de reestruturação do controle social do Conselho Municipal de Saúde de Couto de Magalhães de Minas, sendo este apresentado ao órgão estudado bem como ao secretário municipal de saúde e o prefeito municipal. Caracterizando de forma sistematizada as irregularidades e inconsistências na execução das atividades.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo desse trabalho foi analisar como se dá a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Couto de Magalhães de Minas. Para que tal análise fosse realizada foi necessário um estudo em toda a documentação do órgão de forma a verificar como este trata o controle social.

Diante dos dados obtidos, pode-se notar que o conselho de saúde local encontrava-se em desacordo com as prerrogativas legais ficando evidente a necessidade de reestruturação e reorganização do órgão, de forma que este possa se tornar ativo e atuante.

A partir das recomendações relatadas no curso do trabalho foram feitas intervenções, o que tornou o processo uma atividade com caráter de pesquisa-ação. Convém apontar que neste percurso algumas ações foram prontamente executadas pela gestão municipal e outras estão em curso. A lei municipal e o regimento interno do conselho foram atualizados, bem como a escolha de novos membros levando em conta os critérios de paridade descritos em lei. A administração municipal tem se organizado de forma a promover capacitação para os novos membros do órgão. Assim é importante ressaltar o poder que o controle externo e a análise qualificada exercem como motrizes de mudanças e transformações.

Os conselhos ainda são pouco divulgados, a população em geral pouco sabe eles e por vezes não entendem a função e a importância do órgão colegiado.

Além da pouca clareza sobre a importância e as competências dos conselhos de saúde, esses órgãos ainda se deparam com conflitos e restrições por

parte da gestão municipal que por vezes o vêem apenas como de caráter fiscalizatório ficando clara a necessidade de maior integração entre conselho de saúde e gestores.

Torna-se indispensável o esclarecimento de toda população sobre a necessidade da participação no controle social principalmente na formulação das políticas de saúde. Participação esta conquistada e garantida por lei, entretanto pouco compreendida e usada.

Exercer o controle social não se reduz apenas à atuação dos membros do Conselho. Cabe a todo cidadão apoiar e impulsionar o conselho tornando este um espaço de diálogo voltado para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população. Exercer o controle social é mais que um direito, é uma obrigação e uma forma de exercício da cidadania e da democracia, ambas tão questionadas no tempo presente.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: 1988*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003. Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 10 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. *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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em 02 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Decreto n.º 99.060 de 7 de março de 1990*. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99060.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99060.htm)> Acesso em 05 jul.2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n.º 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em 02 ago. 2019.

\_\_\_\_\_ *Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993*. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm)> Acesso em 02 jul. 2019

\_\_\_\_\_ *Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)> Acesso em 02 jul. 2019

\_\_\_\_\_ *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_ *Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2003. Seção 1, p. 57.

\_\_\_\_\_ *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)> Acesso em 05 de jul de 2019.

\_\_\_\_\_ *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_ *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado*. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 92-111.

CORREIA, M. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS. *Lei nº 398 de 14 de maio de 1994*. Cria o Conselho Municipal de Saúde e outras providências. Disponível em <<http://coutodemagalhaesdeminas.mg.gov.br/docs-categoria/leis-municipais>> Acesso em 02 jul de 2019.

\_\_\_\_\_ Conselho Municipal de Saúde. *Regimento Interno*. 1994.

\_\_\_\_\_ Conselho Municipal de Saúde. *Regimento Interno*. 2015.

\_\_\_\_\_ Conselho Municipal de Saúde. *Regimento Interno*. 2019.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, P.C. et al. *Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v18, n1, p105-121, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

\_\_\_\_\_ *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador:EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008b. 356 p.

\_\_\_\_\_ *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.