



# DINÂMICAS PARTICIPATIVAS: UM OLHAR SOBRE OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO DOS VALES (RS)

Maria Raquel Pilar Steyer<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente estudo é parte da pesquisa e construção de tese que busca analisar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde no período de 2010 a 2021. Objetiva compreender, nesse sentido, quais os desenhos e dinâmicas institucionais presentes nesses conselhos e de que forma intervêm na implementação da política de saúde em nível local. Com base em uma abordagem neoinstitucionalista, o estudo analisa quatro conselhos municipais de saúde na Macrorregião dos Vales-RS, a partir de revisão bibliográfica e da análise documental da legislação relacionada à política de saúde municipal e das atas, regimentos internos, listas de presenças, referentes a cada Conselho Municipal de Saúde.

**Palavras-chave:** Participação. Democracia. Política Pública. Conselhos de Saúde.

## Introdução

Estudos desenvolvidos nas últimas três décadas sobre os efeitos dos arranjos participativos de políticas públicas têm buscado avaliar como os desenhos e as dinâmicas institucionais influenciam na implementação das políticas públicas nos distintos territórios. Dentre os vários arranjos criados após a Constituição de 1988, prevendo a participação de atores da sociedade civil e do Estado, os conselhos de direitos e de políticas públicas foram criados com o objetivo de fomentar a participação da sociedade civil na formulação e controle social das políticas públicas, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

Apesar de que no Brasil a discussão sobre a participação popular tem sido colocada em pauta desde a década de 1970, quando centenas de organizações e movimentos sociais enfrentaram as forças repressivas do Estado reivindicando o acesso a bens, serviços e direitos até então negados aos que não pertenciam às classes dominantes.

---

<sup>1</sup> Doutoranda do PPGDR- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Unisc - Universidade de Santa Cruz do Sul



Com o início da Nova República que marcou o fim do Regime Militar, a participação da sociedade foi então legitimada através da Constituição Federal de 1988, quando foi destacada a ampliação da cidadania e da própria democracia nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). No entanto, o debate sobre as instituições participativas foi intensificado na década de 1990, buscando conferir novos desdobramentos sobre a qualidade dos espaços deliberativos como fator importante para o fortalecimento de uma gestão democrática, integrada e compartilhada (ALMEIDA *et al*, 2016). Esses espaços configuraram-se como um espaço público institucionalizado, marcado pela proximidade entre a sociedade civil e o Estado (CORTES, 2014). Foi neste período que os conselhos e as conferências municipais se tornaram uma realidade junto aos gestores municipais brasileiros, atuando como um espaço fundamental no processo de concepção e controle de políticas públicas através de questionamentos sobre o papel do Estado como principal agente incentivador das políticas públicas (CONASS, 2011).

Segundo Almeida *et al* (2016), as instituições participativas aprofundaram a democracia ao fazer da tomada de decisão um processo mais público e inclusivo, aumentando sua legitimidade. Nesse sentido “teriam também poder para impactar positivamente os resultados das políticas públicas ao aproximar a tomada de decisões daqueles que são por elas afetados”. (ALMEIDA *et al*, 2016, p.250).

Assim, nas décadas que se seguiram, as formas de participação mais frequentes estiveram voltadas, especialmente, para a criação de novos instrumentos de relação entre a sociedade civil e a esfera pública que se estende sobre o Estado, com ou sem o alicerce da representação política tradicional (DAGNINO, 2002). Esta construção democrática e participativa, que concebe o Estado como um conjunto de instituições sociais, possibilitou a discussão na transição política como método decisório, e desfazendo sempre que possível, as práticas autoritárias e patrimonialistas que também prevaleciam na esfera local (DAGNINO, 2002).

Nos setores públicos, a participação dos diferentes segmentos sociais tem sido defendida como parte importante do processo de construção de políticas públicas nas diferentes áreas. Tal participação está intimamente ligada à ideia de democracia, não na sua concepção liberal centrada no papel dos sistemas eleitorais na representação do eleitorado e legitimação de governos, mas sim na conquista do direito à participação da sociedade na gestão pública (FERRETTI *et al*, 2016). Isto implica uma real partilha de poder e o reconhecimento da necessidade de articulação entre democracia representativa e democracia participativa, bem como pela diminuição da distância entre Estado e Sociedade (SANTOS *et*

**X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva**

**15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021**



al, 2015). Daí a importância em discutir a democracia de forma mais ampla, bem como outros temas correlatos como mobilização, organização política e formas de ação coletiva.

Algumas destas formas de ação estão estabelecidas enquanto práticas participativas e investem de responsabilidades representativas os atores e/ou instituições não previstos pelo modelo tradicional do governo representativo apresentando variações significativas quanto ao seu “grau de institucionalização”, “regras de funcionamento” e “tipos de atores” semelhante ao que ocorre nos conselhos gestores de políticas públicas (LAVALLE; ISUNZA, 2011, ALMEIDA *et al*, 2016, p. 250).

Observa-se que os conselhos gestores no Brasil, se constituíram em “fóruns” participativos e democráticos que marcaram a proximidade da sociedade civil e o Estado, representando, formal e publicamente, os interesses da população (CORTÊS 2009, 2014). Desta forma, foram considerados como arranjos inovadores, competentes de interpretação de práticas coletivas e democratização dos procedimentos de gestão nas questões públicas (TATAGIBA, 2011). A exemplo do controle social de saúde instituído pela Lei 8.142/90, fundamental no processo de constituição e regulamentação da participação da população usuária do sistema de saúde nos processos decisórios, as Conferências e os Conselhos de Saúde foram constituídos através de instâncias colegiadas e participativas em todas as esferas de governo. Esses arranjos participativos são responsáveis por construir estratégias, decidir sobre a utilização dos recursos e acompanhar a implementação das políticas de saúde (CORTEZ, 2009; FERRETTI, 2016).

É importante ressaltar que os conselhos são espaços de participação na perspectiva de ampliação da democracia, mas, por outro lado, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais (GUIZARDI, 2014). Ainda conforme o autor, enquanto elemento constituinte, os conselhos de saúde são fóruns institucionais de permanente tensão entre o indivíduo e o coletivo.

Seguindo essa linha de estudos, este trabalho tem por objetivo analisar como os desenhos e as dinâmicas institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde interferem na implementação da política de saúde em escala local. Neste sentido, busca-se compreender como os atores que compõem esses arranjos constroem estratégias e agem na arena política de saúde de seus territórios, deliberando sobre os rumos da política pública.

A fim de alcançar os objetivos propostos, este estudo tem sua análise baseada em uma abordagem neoinstitucionalista dos conselhos municipais de saúde na Macrorregião dos



Vales/RS, visando compreender como eles influenciaram nos resultados da política de saúde nestes locais em uma conjuntura marcada por processos de democratização.

Além desta Introdução, o estudo apresenta quatro seções. Na primeira, retoma o contexto de construção da democracia e das dinâmicas institucionais no Brasil nas últimas três décadas. Na segunda seção, descreve as políticas públicas e sua implementação nos territórios. A terceira seção apresenta a construção do Sistema Único de Saúde-SUS e a participação nos Conselhos Municipais de Saúde. E por fim, na quarta seção discorre sobre a Macrorregião dos Vales – RS, sua trajetória histórica e a organização das dinâmicas participativas nos municípios.

## **1. Contextualização da democracia e das dinâmicas institucionais no Brasil**

As práticas e os conceitos definidos por meio das relações estabelecidas no âmbito da participação e da representação dizem respeito ao conjunto de interações democráticas. Nas últimas três décadas, o Brasil tem passado por um conjunto de experiências de participação da sociedade civil considerado ímpar no cenário brasileiro e internacional. Essas experiências estavam associadas a diferentes projetos políticos, cujos objetivos visavam ampliar a participação da população na gestão pública para além dos mecanismos tradicionais da democracia representativa. São dinâmicas participativas que alguns autores, tais como Avritzer (2008) e Pires (2011) denominaram de Instituições Participativas (IPs), vistas como fundamentais no processo de democratização da sociedade brasileira iniciado no País com o fim do regime militar (AVRITZER, 2008; PIRES, 2011).

Este amplo processo teve como ponto de partida o contexto de transição e, mais especificamente, a promulgação da Constituição de 1988, conhecida popularmente no Brasil como carta cidadã. Nela, o Estado e a sociedade civil assumiram um compromisso com o projeto das dinâmicas participativas democratizantes e apostaram na possibilidade de atuação conjunta através de espaços institucionalizados e no protagonismo político, lutando por maior participação nos processos decisórios.

Analisar algumas das questões que envolvem a construção democrática no Brasil, através da participação da sociedade civil em espaços institucionais de participação, é um dos objetivos deste estudo. Pois consideramos que a participação da sociedade civil, ao mesmo tempo em que democratiza o Estado expandindo as condições de cidadania, também supõe conflitos e contradições entre os atores que compõem as relações estabelecidas.



Esse processo no Brasil teve uma maior importância a partir de meados da década de 1970, quando a resistência ao regime militar começou a se articular por meio dos movimentos e das Comunidades Eclesiais de Bases (CEBs) que embaladas pela Teologia da Libertação formaram lideranças e deram sustentação a vários movimentos populares. (GOHN, 2011).

A partir dos anos de 1980 os novos movimentos sociais impuseram uma nova agenda política no cenário nacional constituindo novas práticas sociais, criando novos valores, novas regras sociais e organização dos atores coletivos, os quais se articularam em torno de movimentos pós-materiais e demandas simbólicas (TIRELLI, 2013). A questão central era a luta pelo direito de livre afirmação da identidade, de liberdade de expressão, do direito de reconhecimento nas diferenças. “São jovens, mulheres, estudantes, profissionais liberais, sobretudo de classe média, empunhando novas bandeiras” (ALONSO, 2009, p. 51). Agora não mais voltadas para as condições de vida, ou para a redistribuição de recursos, mas para a qualidade de vida, e para afirmação da diversidade de estilos de vivê-la, e com isso, se mobilizando para uma nova constituição (ALONSO, 2009).

Na década de 1990 destaca-se a emergência de outros atores sociais à cena política nacional. Inicia-se uma retomada lenta com outras bases, incorporando a experiência adquirida via participação institucional. Embora alguns movimentos nunca tenham deixado de existir, vários deles deram origem à formação de organizações não governamentais (ONG), criadas para defender os direitos civis e atuar onde o Estado é incipiente (GOHN, 2011). Da mesma forma contribuíram para a reconstrução do conceito de sociedade civil e para a inovação de lutas sociais, criando um novo campo ético e político por meio de ações coletivas desenvolvidas em espaços de expressão da cidadania e de interlocução entre o Estado e a Sociedade Civil.

É importante lembrar que a partir da Constituição Federal foram instituídos novos parâmetros normativos da vida pública, criando possibilidades para a construção democrática e para a gestão pública aberta à participação de amplos setores da sociedade. Com efeito, este marco constitucional, ao tempo em que significou o retorno de instituições democráticas abriu possibilidades para novos arranjos na inter-relação entre governos e movimentos sociais levadas a efeito via fóruns, conselhos gestores, conferências, orçamentos participativos, entre outros (DAGNINO, 2002, p.10).

A partir da construção coletiva da sociedade civil e do governo, as instituições democráticas iniciaram um processo que demandaria, a princípio, a elevação dos níveis de acesso aos direitos civis, políticos e sociais. Nos termos de Dagnino (2002), uma

***X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva***

***15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021***



consequência concreta dessa visão foi a construção dos “espaços públicos”, tanto dos que “visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas e interesses até então excluídos de uma agenda pública”, como dos “que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal” (DAGNINO, 2002, p.10).

A partir desses pressupostos, foram concebidas várias modalidades de participação com o objetivo de diminuir a distância entre os cidadãos e o sistema político e promover a incidência de atores coletivos nas diferentes fases do ciclo das políticas públicas. Segundo Lotta e Vaz (2015), esses novos arranjos institucionais constituem “[...] as regras e instâncias específicas estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados, abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas” (LOTTA, VAZ, 2015, p. 173).

Portanto, a participação dos diferentes segmentos sociais tem sido defendida como parte importante do processo de construção de políticas públicas nas diferentes áreas e territórios. Resgatar a trajetória dos processos políticos da sociedade brasileira desde os anos 1990 significa referir-se ao processo de redemocratização política, marcado pelo fim do regime militar em 1984 e pela aprovação da Constituição de 1988.

## **2. As políticas públicas e sua implementação nos territórios**

Os estudos sobre políticas públicas têm evoluído ao longo do tempo, sobretudo no campo da Ciência Política. Segundo Brasil e Capella (2016), o século XX foi marcado pela aparição de uma nova demanda social, o bem estar, requerendo do Estado uma atuação diretamente ligada aos problemas cotidianos da sociedade. Nesse contexto, as Políticas Públicas surgem com o objetivo de dar respostas a demandas específicas da sociedade. Compreendem um conjunto de decisões e ações propostas geralmente pelo Estado, em uma determinada área (saúde, educação, habitação, reforma agrária etc), de forma discricionária ou pela combinação de esforços com determinada comunidade ou setores da sociedade civil. (BRASIL, CAPELLA, 2016).

Entender a política pública como uma constituição sociopolítica é pressupor, em primeiro lugar, que a própria realidade é construída a partir de ações concretas de sujeitos situados em um determinado espaço e tempo (GROSSELLI, MEZZAROB, 2011).

A construção de políticas públicas implica processos sociopolíticos dinâmicos, complexos, ideacionais, experimentais e relacionais. (TATAGIBA *et al*, 2018). Somente a formação de agendas, por exemplo, já expressa uma dinâmica social e política que depende

**X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva**

**15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021**



do grau de mobilização da sociedade civil. Depende também das concepções políticas e ideológicas que disputam as prioridades, dos níveis de institucionalização de mecanismos que viabilizam a participação social, da relação estabelecida pelos governos com a sociedade civil, da inter-relação de forças que se estabelece na discussão de problemas sociais, dos mecanismos de pressão etc. (FARAH, 2016).

Nogueira e Fagundes (2015) sinalizam a importância em compreender como se configura a política pública, e especialmente, quais são os fatores que sobre ela incidem e a determinam compreendendo o envolvimento de atores comprometidos com dada política. Entre essas configurações estão as definições de metas a atingir, a natureza dos problemas que envolvem a implementação, as formas de lidar com esses problemas e o poder de argumentação na busca do consenso e solução dos conflitos considerando o contexto político em que estão inseridos, ou o montante dos recursos que serão investidos. Além disso, a importância de considerar as ideias e os valores dos agentes implementadores nesse processo. (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015).

É nesse momento que os conceitos de território e de configuração territorial podem contribuir para a compreensão sobre como se formam esses valores, crenças e ideias que conduzem os atores a agir de distintas maneiras frente a uma mesma política pública.

A dimensão do território ultrapassa os limites físicos, uma vez que o território se constitui como o lugar em que se materializa todas as ações, poderes, fraquezas, forças, paixões, enfim o contexto espacial em que a história do homem se realiza a partir das manifestações de sua existência e de onde estes processos irradiam. (FAVARETO *et al*, 2015).

Vale destacar que discutir as ações humanas na construção de seus territórios não significa perder de vista a natureza física onde são desenroladas essas ações. A reflexão do território vai mais além, uma vez que o território não é uma superposição de sistemas materiais e de coisas, mas sim, um território onde se concebe as dinâmicas socioeconômicas globais como algo que não está organicamente estabelecido e que precisa ser entendido a partir de articulações. (REIS, 2005).

De forma que ao analisar o conceito de território percebe-se que ele está vinculado ao modo como as pessoas dele se utilizam e se organizam no espaço, dando significado ao lugar e a importância de considerar a dinâmica, as relações, as histórias e o movimento de uma localidade específica no processo de formulação e implementação de política pública. Essa dinamicidade, caracterizada pelos ritmos de circulação e produção que se deve entender como relacional, pois não são incorporados somente o conjunto de relações sociais, mas

***X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva***

***15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021***



envolve uma relação complexa entre processos sociais e espaço material, expressão e produto das interações que os atores protagonizam (REIS, 2005). Território, sob a perspectiva relacional, é visto a partir das relações sócio históricas que o constituem, mediadas pelas representações que dele são feitas e que balizam as intervenções sobre ele. (REIS, 2005).

O uso desses espaços envolve relações complexas e de poder. São campos de disputas entre atores que possuem distintos interesses econômicos, políticos e sociais, os quais produzem e reproduzem territórios desiguais, sendo estes, um dos grandes desafios para a gestão de políticas públicas. Conhecer essa realidade e apreender os jogos de interesses e disputas, assim como os limites e potencialidades permite que ele se torne o ponto de partida no processo de formulação e implementação de políticas públicas. E, perceber como ocorre essas interações no território possibilita reconhecer as especificidades do arranjo político-institucional pactuado numa perspectiva de construção histórica, política e simbólica permeada de relações sociais (FAVARETO, LOTTA, 2013).

Este trabalho leva em consideração a dimensão territorial das dinâmicas institucionais, na existência de gestão (fóruns participativos) numa escala intermunicipal. Da mesma forma, considera a efetiva participação do poder público e da sociedade civil local nestes espaços, e a existência de incentivos à participação de forças sociais representativas da heterogeneidade estrutural dos territórios nos seus processos de formulação e gestão para a implementação das políticas públicas (FAVARETO, LOTTA, 2013).

### **3. Sistema Único de Saúde e a participação nos conselhos de saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenhado num contexto de lutas quando diferentes setores da sociedade brasileira travaram contra o regime autoritário (1964 – 1985) e em favor de um processo de democratização. Naquele contexto, a perspectiva de superar as contradições históricas presentes na saúde do País impulsionou um amplo movimento social que se tornou protagonista de uma nova política nacional de saúde democrática e fundada no pressuposto de que a saúde é um direito de todos e um dever de Estado. (BRASIL, 1988).

A saúde enquanto política pública incorporou conceitos, princípios e diretrizes que estavam vinculados ao movimento pela Reforma Sanitária iniciado ainda durante a década de 1960 (SCOREL, 2008). Como resultado daquele processo, a Constituição Federal afirmou outras configurações de gestão das políticas públicas, como a tomada de decisão descentralizada, a maior interação entre governo e sociedade civil, o reconhecimento de direitos sociais e a abertura de espaços públicos para a participação da sociedade. Desde



então, as Políticas Públicas foram as mediações nas ações da administração pública, com a utilização de métodos e normas para estabelecer relações estratégicas entre administração pública e sociedade, entre Estado e atores sociais (SCOREL, 2008). Partindo dessas relações, o maior desafio passou a ser a regulamentação desses processos, a fim de efetivar a articulação da sociedade civil, estabelecer os mecanismos jurídicos legais necessários à descentralização das políticas públicas e garantir a efetividade da participação social.

As leis 8.080/90 e 8.142/90, fundamentais neste processo de reforma, regulamentaram a possibilidade de participação da população usuária do sistema de saúde nos processos decisórios, estabelecendo mecanismos e instrumentos do controle social no SUS, através de instâncias colegiadas e participativas nas esferas federal, estadual e municipal, os conselhos gestores. Estes que em todas as esferas governamentais, deveriam construir estratégias, decidir sobre a utilização dos recursos e acompanhar a implementação das políticas de saúde (FERRETTI, 2016).

O controle social, exercido a partir da partilha dos espaços de deliberação entre representantes estatais e da sociedade civil, teve como base a negociação e o estabelecimento de parcerias em seus diversos arranjos institucionais. Sejam eles os orçamentos participativos, conselhos gestores, audiências públicas, conferências ou outras formas de participação (ALMEIDA, 2014). Nesse processo, o controle social, por se configurar como um espaço público já institucionalizado, marcado pela proximidade da sociedade civil e o Estado apresenta-se como um mecanismo possível de democratização das políticas públicas, quando sujeitos ocupam espaços comuns em reuniões e avaliam a gestão municipal, elaboram propostas de acordo com suas demandas e deliberam sobre o uso e aplicação dos recursos públicos. Possuem múltipla formação e paritária entre Estado e sociedade civil, com estrutura deliberativa e com uma expressiva quantidade de pessoas envolvidas em práticas participativas com mútuas responsabilidades (ROLIM *et al*, 2013).

Considerando os conselhos de saúde como fóruns públicos, vale ressaltar que eles são instâncias de decisão na gestão pública, e sua composição deve ser paritária, com 50% da representação assegurada aos usuários e 50%, distribuída entre trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores. Ademais, os conselhos de saúde têm caráter permanente, e entre as suas atribuições estão as de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo; aprovar o plano de saúde e o orçamento setorial; acompanhar a execução da política de saúde; avaliar os serviços de saúde; e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros (MARIA, 2014).



Haja visto, que o desenvolvimento destes fóruns de participação aprimora qualitativamente a capacidade de representação dos interesses e a qualidade e equidade da resposta pública às demandas sociais. Tais experiências evidenciam a importância do exercício da participação da sociedade civil representada pelos conselhos enquanto espaços de questionamento não apenas pela forma do processo decisório do Estado, mas também pelas relações entre Estado e Sociedade Civil no campo das políticas públicas (ALMEIDA, 2014).

Desse modo e com base em Oliveira e Pinheiro (2010), o conselho de saúde percorre passos importantes dentro da perspectiva de relações de poder, ao se organizar e se estruturar internamente. Seja na construção de Regimento Interno, seja na organização de comissões de trabalho permanente, o que gera poder organizacional, de acúmulo necessário para operacionalizar projetos e planos políticos em disputa no seu interior, hegemônicos ou não. As autoras relatam que nesta concepção democrática, os mecanismos institucionais de participação foram introduzidos para alterar a estrutura de poder e criar um espaço de co-gestão das políticas públicas (OLIVEIRA, PINHEIRO, 2010).

#### **4. Os conselhos de saúde da Macrorregião dos Vales-RS**

A Macrorregião dos Vales é formada por quatro Regiões de Saúde, através das quais o planejamento da gestão sanitária do Estado do Rio Grande do Sul busca integrar as ações e serviços para a população. O Decreto nº 7.508 de 2011 estabeleceu critérios para a definição desses espaços geográficos como referência para a análise socioeconômica da situação de saúde e para o dimensionamento da capacidade instalada, produção de serviços e fluxos de acesso, além do princípio de planejamento ascendente e integrado. No processo de construção das “regiões de saúde” o Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em trinta (30) regiões (conforme Resolução CIB nº 555/2012) aglutinadas nas dezenove (19) regiões administrativas da Secretaria Estadual da Saúde, as Coordenadorias (RS, 2012). As Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS exercem papel fundamental, pois são responsáveis pela condução das ações referidas, exercendo a governança regional do SUS a partir das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A Macrorregião dos Vales compreende 62 municípios, com uma população total de 894.705 habitantes. Nessa Macrorregião foram constituídas as 8ª, 13ª e 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde cujos municípios sedes são Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul, e Lajeado, respectivamente. Cabe ainda destacar que a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde exerce a governança também na 30ª Região de Saúde, cujo município sede é Estrela.

2021

X Seminário Internacional sobre  
**Desenvolvimento regional**

Atores, Ativos  
e Instituições:  
O Desenvolvimento  
Regional em perspectiva

Das 15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Universidade de Santa Cruz do Sul

**Quadro 1. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS.**

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Região de Saúde	Municípios	População
V A L E S	8ª CRS	R27- Jacuí Centro	Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, <b>Cachoeira do Sul</b> , Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo, Sobradinho.	206.937
	13ª CRS	R28- Vale do Rio Pardo	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, <b>Santa Cruz do Sul</b> , Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz.	343.858
	16ª CRS	R29- Vales e Montanhas	Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, <b>Lajeado</b> , Marques de Souza, Muçum, Nova Brescia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentin do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa.	219.296
		R30- Vale da Luz	Bom Retiro do Sul, Colinas, <b>Estrela</b> , Fazenda Vila Nova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália.	124.614
<b>Total de população</b>				<b>894.705</b>

Fonte: ASSEPLAN/SES/RS (2021)

Essa forma de organização no território é a base para as análises da situação de saúde, e reflete os avanços do processo de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS nos

**X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva**

15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021



últimos anos. As análises partem das Regiões de Saúde, visando explicitar as diferenças regionais encontradas no estado e viabilizar a construção de políticas de saúde com equidade.

Por Região de Saúde entende-se “um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”. (BRASIL, Decreto nº 7.508/2011, Art.2º). Tem como finalidade a integração, a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A organização da Rede de Atenção à Saúde exige a definição da Região de Saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos, sua população e no estabelecimento de ações e serviços ofertados nos territórios. Nesse sentido, essas regiões são recortes territoriais construídos em dinâmicas políticas que têm como protagonistas os representantes do poder público e da sociedade civil.

Embora se pretenda fazer uma análise sobre as dinâmicas de participação dos conselhos municipais de saúde nesta primeira etapa da pesquisa, o estudo foi feito através dos dados secundários, como leituras e análise de documentos (atas, regimentos internos, listas de presenças, etc.). Estudos esses que foram essenciais ao desenho da pesquisa e para a análise dos Conselhos Municipais de Saúde.

Para que se compreenda, os municípios das regiões estudadas são municípios sede de cada região (onde está situada a CRS) e cada um deles possuem características diferenciadas tanto em sua forma de organização, quanto de desenvolvimento socioeconômico e político.

Dos 62 municípios que compõem a macrorregião dos Vales, abordamos dados sobre os quatro conselhos municipais de saúde pesquisados. Suas características, trajetória histórica e organização nos municípios e as normas de participação que representam 6,45% do total de municípios. Desta forma consideramos que os municípios pesquisados, refere a uma população macrorregional de 331.217, representando 37,02% desta população com abrangência de 100 conselheiros de saúde.

Enquanto trajetória histórica, a criação dos conselhos de saúde nos municípios deu-se amparado pelas normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e lei nº 8.142 de 1990 e os decretos posteriores como o Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, que regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu entidades e órgãos para o novo plenário. Essa legislação fixou a composição dos conselhos de saúde nas três esferas, entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. E em 4 de novembro de 2003, o CNS aprovou a Resolução nº333, contendo as diretrizes para

a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde em níveis municipais, estaduais e nacional, mantendo a paridade e a composição entre os segmentos. Com essa resolução, o conselho passou a ter mais autonomia, definindo sobre o orçamento e não apenas sobre a gerência.

**Quadro 2 – Lei e data de criação dos conselhos, nº de conselheiros e população dos municípios da macrorregião de saúde.**

Municípios	Data de criação	Lei de criação	Nº Conselheiros	População
Cachoeira do Sul	17/06/1991	2451/91	32	81.869
Estrela	28/05/1997	2962/97	20	32.950
Lajeado	11/05/1992	4778/92	28	85.033
Santa Cruz do Sul	10/07/1998	3217/98	20	131.365
Total			100	331.27

Fonte: Pesquisa por documentos dos conselhos municipais de saúde da macrorregião

Os quatros conselhos municipais de saúde pesquisados apresentam uma trajetória história semelhante, porém, nasceram em anos diferentes. O município de Cachoeira do Sul foi o primeiro em criação neste modelo, pois já possuía de forma precursora uma Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS desde 04/12/85 com várias representações do governo e sociedade civil, dando os primeiros passos a um processo democrático de discussão sobre os assuntos de saúde em Cachoeira do Sul. Foi também o município precursor no Estado do Rio Grande do Sul com a criação da Lei Municipal nº 2489 de 05/12/91 que institui o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Por sua exitosa trajetória e considerado um facilitador em palestras sobre o controle social em vários municípios, em 1994 foi considerado o Conselho Municipal de Saúde modelo pelo Ministério da Saúde.

No ano seguinte, em 1992 o município de Lajeado criou o Conselho Municipal de Saúde, embora no ano anterior já havia encaminhado uma Lei à Câmara de Vereadores para aprovação. No entanto, a próxima gestão validou a criação do Conselho Municipal de Saúde e a instituição do Fundo Municipal de Saúde deu-se em 16/04/97 através da Lei nº 5.885.

O município de Estrela criou o Conselho de Saúde em 1997, e por último, em 1998 foi criado o Conselho Municipal de Santa Cruz do Sul. Entretanto, todos os Conselhos Municipais pesquisados possuem uma composição paritária, adequados à Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde atuando com autonomia e gerência na definição sobre o orçamento. Da mesma forma, todos possuem uma mesa diretora com 4 membros entre os quais: Presidente, Vice-presidente, 1º e 2º secretários, à exceção do município de Cachoeira do Sul que conta com oito membros, pois além dos mencionados possui 4 coordenadores.

**Quadro 3 – Período de mandato da mesa diretora e periodicidade de reuniões dos CMS**

Municípios	Período de mandato da mesa diretora	Periodicidade de reuniões
------------	-------------------------------------	---------------------------

*X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva*

*15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021*



Cachoeira do Sul	2 anos	Quinzenal
Estrela	2 anos	Mensal
Lajeado	2 anos	Mensal
Santa Cruz do Sul	1 ano	Quinzenal

**Fonte: Regimento Interno dos Municípios da Macrorregião**

Em todos os Conselhos Municipais de Saúde destes municípios a presidência é ocupada por representantes de usuários, eleitos em reunião plenária aberta, entre os membros dos conselhos. Apenas no município de Santa Cruz do Sul, o secretário de saúde é considerado conselheiro nato na composição e representa a gestão de saúde.

O modo básico de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde é a realização de reuniões ordinárias com periodicidade mensal em dois dos municípios e quinzenal nos outros dois municípios, e, extraordinariamente, quando necessário em todos os municípios. Conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde, a periodicidade mínima mensal visa garantir continuidade das discussões e debates sobre os temas referentes ao controle social, as ações, a definição de diretrizes de políticas e à administração da gestão pública da saúde que são debatidas e deliberadas. É portanto, nessas reuniões que a participação se efetiva. A realização de reuniões ordinárias, na defesa da necessidade de transparência das ações dos Conselhos Municipais de Saúde obedecem uma rotina de divulgação, de modo a oferecer aos cidadãos a oportunidade de exercerem seus direitos e deveres cívicos, no exercício da participação social.

As reuniões são divulgadas por todos os conselhos investigados por intermédio da ação dos próprios conselheiros, e pelas redes sociais atualmente. Tal aspecto é interpretado como uma prática positiva à medida que demonstra o exercício da representatividade dos conselheiros em relação às suas instituições. São reuniões abertas à população com direito à voz, inclusive as extraordinárias. Essa prática potencializa quando a livre expressão de qualquer cidadão é compreendida como um direito garantido.

Os temas tratados nas reuniões, geralmente levantados pelos conselheiros, são variados e encaminhados para as Comissões específicas, que analisam e, após, emitem um Parecer, que é votado na Plenária, São as seguintes as Comissões, com suas respectivas funções:

**Quadro 4 – Comissões dos Conselhos de Saúde e temas abordados em suas reuniões.**

Municípios	Comissões no CMS	Temas abordados nas reuniões
Cachoeira do Sul	-Orçamento, aplicação, controle e avaliação de verbas; -Saúde Mental; -Saúde do Trabalhador;	-Planos Municipais de Saúde; -Relatórios de Gestão; -Capacitação de conselheiros; -Atendimento à População;

*X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva*

*15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saúde da Mulher;</li> <li>-Fiscalização;</li> <li>-Projetos e Planejamentos;</li> <li>-Apoio Legal e Institucional;</li> <li>-Medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Políticas e Programas de Saúde</li> <li>-Atendimentos de Média complexidade;</li> <li>-Informes da Gestão.</li> </ul>
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fiscalização;</li> <li>-Alimentação e Nutrição;</li> <li>-Saneamento e Meio-ambiente;</li> <li>-Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia;</li> <li>-Recursos Humanos;</li> <li>-Ciência e Tecnologia;</li> <li>-Saúde do Trabalhador;</li> <li>-Saúde Mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planos Municipais de Saúde;</li> <li>-Relatórios de Gestão;</li> <li>-Capacitação de conselheiros;</li> <li>-Atendimento à População;</li> <li>-Políticas e Programas de Saúde</li> <li>-Atendimentos de Média complexidade;</li> <li>-Informes da Gestão.</li> </ul>
Lajeado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social;</li> <li>-Saneamento e Meio Ambiente;</li> <li>-Saúde do Trabalhador;</li> <li>-Fiscalização de Contratos;</li> <li>-Vigilância Sanitária;</li> <li>-Recursos Humanos;</li> <li>-Orçamento e finanças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planos Municipais de Saúde;</li> <li>-Relatórios de Gestão;</li> <li>-Capacitação de conselheiros;</li> <li>-Atendimentos à população;</li> <li>-Políticas e Programas de Saúde</li> <li>-Construção de Unidades de Saúde;</li> <li>-Atendimentos de Média complexidade;</li> <li>-Informes da Gestão.</li> </ul>
Santa Cruz do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Finanças;</li> <li>-Contratos e Convênios;</li> <li>-Relatórios;</li> <li>-Saúde do Trabalhador;</li> <li>-Saúde Mental;</li> <li>-Urgência e Emergência;</li> <li>-Ouvidoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planos Municipais de Saúde;</li> <li>-Relatórios de Gestão;</li> <li>-Capacitação de conselheiros;</li> <li>-Convênios;</li> <li>-Políticas e Programas de Saúde</li> <li>-Denúncias;</li> <li>-Atendimentos de Média complexidade;</li> <li>-Informes da Gestão.</li> </ul>

**Fonte: Regimento Interno dos CMS da macrorregião**

Os Conselhos Municipais de Saúde possuem outras ações e papéis desempenhados semelhantes, quais sejam: visitas de fiscalização às unidades de saúde integrantes do SUS, emissão de pareceres sobre projetos de lei, acompanhamento da execução da política municipal de saúde e análise dos pedidos de credenciamento junto ao SUS formulados pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, bem como assumem posições políticas em defesa da saúde da população.

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Ressaltando-se as diferenças e semelhanças existentes entre os Conselhos Municipais de Saúde nos municípios da Macrorregião dos Vales, a democratização aponta, no geral, para resultados positivos, que adquirem maior relevância quando considerado o contexto histórico-político brasileiro dos últimos 50 anos. Contexto este marcado por avanços, obstáculos e



retrocessos no caminho em direção à garantia e aperfeiçoamento dos direitos dos cidadãos e da construção de instâncias públicas colegiadas de participação social.

Considerando que há pouco menos de 40 anos o país vivia um regime ditatorial marcada pelo autoritarismo e pela exclusão social, e as práticas de clientela e patronagem estão instituídas mesmo nos espaços que hoje se propõem participativos, o que supõe a necessidade de reflexões acerca desses novos canais e de mudanças significativas das práticas políticas historicamente construídas, na direção de um amadurecimento democrático e universalização das lutas no campo da saúde pública.

Os Conselhos de Saúde, por conta de sua natureza, revestem-se de capital importância. Vislumbram-se possibilidades de incremento e aperfeiçoamento de boas práticas democráticas e participativas em seu âmbito, o que não significa necessariamente, afirmar que, atualmente a estruturação, a organização, a atuação e o funcionamento deles estão próximos do que poderia ser considerado satisfatório.

Embora tenha-se verificado através da pesquisa exploratória uma razoável disseminação de práticas democráticas entre os Conselhos de Saúde na Macrorregião dos Vales, estas práticas, embora necessárias, não são suficientes para aprimorar e garantir um grau consistente de democracia interna das instâncias colegiadas. Devem, portanto, ser objeto de constante e incansável observação, ampliação e aperfeiçoamento.

Há ainda grandes desafios a enfrentar, pois uma atuação participativa, que tenha como perspectiva o apoio e desenvolvimento dos Conselhos de Saúde deve ir além da mera constatação da existência do Conselho como exigência para o repasse dos recursos. São necessárias ações que apoiem o desenvolvimento de uma rede de Conselhos de Saúde e sua articulação com outros conselhos gestores para troca de experiências sobre participação da população nestes órgãos e destes no ciclo de políticas, sobre formas de organização e modos de ampliar o grau de democracia interna.

Contudo, é preciso avançar. A complexidade do SUS e os desafios da Reforma Sanitária exigem que as instâncias de controle social se tornem ainda mais qualificadas para sua função de garantir que o Estado esteja cada vez mais a serviço do cidadão. Mais pesquisas e estudos são necessários para compreender em que medida e como os Conselhos de Saúde incentivam, permitem e incrementam a participação, condições essenciais para o estabelecimento de vínculos representativos e ambientes plenamente democráticos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C; CARLOS, E; SILVA, R. da. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 22, nº 2, agosto, 2016 p. 250-285.

ALMEIDA, D.R. Pluralização da representação política e legitimidade democrática: lições das instituições participativas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 20, nº 1, abril, 2014, p. 96-117

ALONSO, A. As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate. **Lua Nova**, São Paulo, 76: 49-86, 2009

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v.14, n.1, p. 43-64, junho, 2008

BRASIL, F.G; CAPELLA, A.C.N. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje** – v.25, n. 1 - p. 71-90, 2016.

BRASIL, Casa Civil. **Decreto nº7. 508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional Presidência da República, Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**, 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. 1990a Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 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. 1990b Brasília-DF.

CACHOEIRA DO SUL (RS). **Lei Municipal nº 2489 de 05 de dezembro 1991**. Cria e organiza o Conselho Municipal da Saúde de Cachoeira do Sul, dispõe sobre seu funcionamento e competências e dá outras providências. Cachoeira do Sul, RS, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução 333 de 04 de dezembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências, Brasília, 1990.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, In: Para entender a gestão do SUS. Nº 9, Brasília: **CONASS**, 2011.

CORTES, S.M.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: (Orgs.) FLEURY, S; LOBATO, L.V.C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

**X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva**

**15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021**



\_\_\_\_\_. Governança democrática no Brasil: os conselhos nacionais de políticas sociais In (Org) MARX, V. **Democracia participativa, sociedade civil e território**. Porto Alegre.UFRGS/CEGOV, 2014a.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

ESCOREL, S, História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

ESTRELA (RS). **Lei nº 2962 de 28 de maio de 1997**. Cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Estrela, RS, 1997.

FARAH, M.F.S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do campo de públicas. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro 50(6):959-979, nov./dez. 2016.

FAVARETO, A. KLEEB, S; GALVANESE, C; MAGALHÃES, C; MORALES, R; SEIFER, P; BUZATO, H; CARDOSO, R. Territórios importam – Bases conceituais para uma abordagem relacional do desenvolvimento das regiões rurais ou interioranas no Brasil. **Revista em Gestão, Inovação e Sustentabilidade** – Brasília, v. 1, n. 1, p. 14-46, dez. 2015

\_\_\_\_\_; LOTTA, G.S. O papel dos territórios nos novos arranjos institucionais brasileiros. XVIII **Congreso** Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Montevideo, Uruguay, 29 oct. - 1 nov.2013.

FERRETTI, F. et al. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 10(3), 51-67, set, 2016.

GOHN, M. da G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação** v. 16 n. 47 maio-ago. 2011.

GROSSELLI, G; MEZZAROB, O. A Participação política e suas implicações para a construção de uma cidadania plena e de uma cultura política democrática. **Anais. XX COMPEDI Encontro Nacional**, Belo Horizonte – MG, 2011.

GUIZARDI, F. L. Considerações epistemológicas sobre democracia, poder e representação política. In: (Org) GUIZARDI F, L; NESPOLI, G; CUNHA, M.L.S; MACHADO, F; LOPES, M. **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.

LAJEADO (RS). **Lei nº 4.778 de 11 de maio de 1992**. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Lajeado, RS, 1992.

LAVALLE, A; ISUNZA, V. E. A. Trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova**, São Paulo, nº 84, p. 95-139, 2011.

LOTTA, G.S; VAZ, J.C. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista Do Serviço Público**, 66(2), 171 - 194. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2>.

MARIA, M. Dimensões da comunicação e da informação nos espaços públicos de participação e controle social em saúde: entre múltiplos discursos e jogos de poder. In (Org) GUIZARDI,

**X SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em perspectiva**

**15, 16, 17, 23 e 24 de setembro de 2021**



F.L; NESPOLI, G; CUNHA, M.L.S; MACHADO, F; LOPES, M. **Políticas de Participação e Saúde** - Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.

NOGUEIRA, V.M.R; FAGUNDES, H.S. Implementação de políticas públicas: uma questão em debate. **Seminário** nacional de Serviço Social. Trabalho e política social. UFSC, Florianópolis, 27-29 out 2015.

OLIVEIRA, L.C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2455-2464, 2010.

PIRES, Roberto Rocha C. **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação**. Brasília, IPEA, 2011.

REIS, J. Uma epistemologia do território. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 13, n. 1 . Ano 13 v. 01 – abril, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. CIB/RS **Resolução nº 555/12 de 19 de setembro de 2012**, altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR, Porto Alegre, RS, 2012.

ROLIM, L.B; BARRETO, R.de SÁ; CRUZ, L.C; SAMPAIO, K.J.A.de 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.

SANTA CRUZ DO SUL (RS). **Lei nº 3.217, de 10 de julho de 1998**. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Santa Cruz do Sul, RS, 1998.

SANTOS, et all. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão, **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1079-1094, 2015.

TATAGIBA, L.F. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In (Org) PIRES, R.R.C, **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: **Ipea**, 2011.

\_\_\_\_\_ ; ABERS, R; SILVA, M.K. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. In: *Sociedade, participação social, controle social*. **Ipea**. 2018.

TIRELLI, C. Reconfigurações da assistência e organizações sociais no RS: um estudo das organizações que participaram do Programa Rede Parceria Social entre 2008 e 2010. **Tese** (Doutorado). Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.