

ESTRUTURA NORMATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM TERMOS DE REGRAS

Cristina Caetano de Aguiar, Lucas Pazolini Dias Rodrigues. Estrutura Normativa dos Conselhos de Saúde: a participação social em termos de regras. Revista Ciência Dinâmica, vol. 10, núm. 2, 2019. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

**CIÊNCIA DINÂMICA – Revista Científica Eletrônica
FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA**

16ª Edição 2018 | Ano XI – nº 2 | ISSN – 2176-6509

DOI: 10.4322/2176-6509.2022.004

2º semestre de 2019

Estrutura Normativa dos Conselhos de Saúde: a participação social em termos de regras

Normative Structure Of Health Councils: social participation in terms of rules

Cristina Caetano Aguiar¹, Lucas Pazolini Dias Rodrigues^{1*}

¹Curso de Administração, Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Rua G, 205 - Bairro Paraíso - Ponte Nova - MG - Cep: 35430-302, *lcsds40@gmail.com

Resumo

O trabalho teve como escopo analisar o desenho institucional dos conselhos municipais de saúde, a fim de verificar as normas que demarcaram a sua criação e a sua dinâmica de funcionamento, além das consequências do desenho sobre o processo deliberativo. De início, fez-se uma breve reflexão sobre o desenho institucional dando ênfase ao desenho dos conselhos de saúde. O procedimento metodológico adotado foi à técnica de análise documental, onde realizou a análise das leis de criação dos regimentos internos dos conselhos. Dentre os principais resultados encontrados, destacam-se:

a) quanto à regra de composição, notou-se que a forma mais comum de seleção dos conselheiros é por indicação da entidade representada. b) Quanto à estrutura organizacional verificou que é comum a presença de plenário, mesa diretora e câmaras técnicas. c) Quanto ao modo deliberativo, os dados mostraram semelhança na frequência das reuniões ordinárias e na possibilidade de fala de atores externos. Como conclusão, notou-se que existe muita similaridade no desenho institucional dos conselhos analisados, independente do contexto em que estão inseridos, e que o desenho institucional tem papel importante no que concerne à formatação das regras de estruturação e de funcionamento que trazem em si o potencial de tornar os conselhos mais democráticos, propiciando a inclusão de uma maior diversidade de vozes, estabelecendo fluxos e espaços deliberativos que possibilitam melhorar o acesso às informações e aprofundar o debate.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde, Desenho Institucional, Processo Deliberativo

Abstract

The aim of this study was to analyze the institutional design of the municipal health councils in order to verify the norms that defined their creation and their dynamics of functioning, as well as the consequences of design on the deliberative process. Initially, a brief reflection was made on the institutional design, emphasizing the design of health councils. The methodological procedure adopted was the technique of documentary analysis, where he performed the analysis of the creation laws and the internal regiments of the councils. Among the main results found, the following stand out: a) Regarding the composition rule, it was noticed that the most common form of selection of directors is by indication of the entity represented. b) Regarding the organizational structure, it was common to have a plenary, a board of directors and technical chambers. c) Regarding the deliberative mode, the data showed similarity in the frequency of ordinary meetings and in the possibility of speaking of external actors. As a conclusion, it was noted that there is much similarity in the institutional design of the boards analyzed, regardless of the context in which they are inserted, and that institutional design plays an important role in the formatting of the rules of structuring and functioning that bring the potential of making councils more democratic, allowing the inclusion of a greater diversity of voices, establishing deliberative flows and spaces that make it possible to improve access to information and to deepen the debate.

Keywords: Municipal Health Council, Institutional Design, Deliberative Process

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF-88) definiu a participação social como necessária e abriu espaço para a partilha de poder entre o Estado e a sociedade civil, nas mais diferentes áreas, sendo o setor de saúde um dos pioneiros neste novo momento democrático brasileiro, trazendo a participação da comunidade como um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde o contexto da redemocratização do país e de maneira complementar após a CF-88 e da posterior legislação das políticas sociais, ocorreu à proliferação de canais de participação da sociedade civil nas políticas públicas, o que resultou em um repertório amplo e heterogêneo de desenhos, processos deliberativos e possibilidades democráticas (BRASIL et al., 2013).

Essas experiências, de participação e cogestão nas políticas públicas, passaram a ser um campo de estudos importante para a administração pública, pois, ao longo das últimas duas décadas os espaços institucionais de participação vêm se disseminando com força e se tornaram “realidade inevitável para os governantes de municípios brasileiros e parte fundamental do processo de concepção, execução e controle de políticas públicas em nosso país” (PIRES et al., 2011, p.347).

Dentre os canais de participação, destaque para os conselhos de políticas públicas que alcançaram uma enorme expressividade em todo o país, o que significou o envolvimento de milhares de pessoas no debate e na decisão acerca das ações públicas. Faria e Ribeiro (2011) apontam que nos últimos anos houve uma diversidade de pesquisas sobre conselhos gestores em diversas áreas de atuação. Diante desse conhecimento acumulado, as autoras notaram que o desenho institucional vem ganhando centralidade nas discussões, uma vez que as suas escolhas e variações produzem uma série de consequências para os resultados da participação.

Estudos empíricos (CORTES, 2004; TATAGIBA, 2004, FARIA, 2007; FARIA e RIBEIRO, 2011) mostram que a análise do desenho institucional dos conselhos é relevante. Um resultado comum destes estudos é que o desenho institucional impacta de forma decisiva os resultados da deliberação, uma vez que define a quantidade de participantes e os critérios

para a inclusão, os formatos e a qualidade das deliberações além da distribuição das informações entre os membros envolvidos no processo deliberativo (FUNG, 2004).

Por outro lado, existe também, um conjunto de autores que acreditam que a análise do desenho institucional é insuficiente para compreender a complexidade e a dinâmica da participação nos conselhos. Esses estudos têm mostrado outros fatores relevantes decorrentes dos padrões sociais e culturais existente na sociedade brasileira que potencializam os resultados desses espaços, como, por exemplo, a vontade política das autoridades administrativas (CUNHA, 2015), a densidade associativa (AVRITZER, 2003) a cultura política dos atores sociais que compõe os conselhos e seus recursos individuais e coletivos (MARQUES, 2010; FUKS, 2004) dentre outros fatores que podem comprometer o desempenho destes espaços e colocar em dúvida a sua real capacidade de produzir ações capazes de gerar reflexos na qualidade da gestão das políticas públicas.

Embora considere, além do desenho institucional, todas estas outras variáveis importantes para influenciar o potencial deliberativo dos conselhos, este artigo estabelece como *objetivo analisar o desenho institucional dos conselhos municipais de saúde, a fim de verificar as normas que demarcaram a sua criação e a sua dinâmica de funcionamento, além das consequências do desenho sobre o processo deliberativo.*

É válido ressaltar que não foi objetivo deste trabalho analisar a prática deliberativa dos atores que compõem esse espaço. Buscou-se analisar, tão somente, as regras e os procedimentos que estruturam tal prática, julgando que o desenho institucional é importante na determinação e no alcance deliberativo destes conselhos.

EMBASAMENTO TEÓRICO

Reflexões sobre o desenho institucional

Diversos estudiosos dentre os quais destaca-se Fung (2004), fortalecem as teorias que defendem a importância do desenho institucional. O autor contribui para o debate trazendo a ideia de mini público, que segundo ele, são esferas públicas que se assemelham as instituições democráticas, com formas variadas, nos quais a população é convocada a discutir e deliberar sobre uma temática pública.

Neste sentido, segundo Fung (2004), uma questão fundamental a respeito dos minis públicos está relacionada ao seu desenho institucional, uma vez que diversas características

devem ser consideradas na criação e manutenção de tais iniciativas. No entanto, o autor chama a atenção para não se generalizar às questões em torno de um mini público, “porque os valores que eles promovem e suas consequências para a governança democrática dependem de detalhes de sua construção institucional” (FUNG, 2004, p.174).

Para analisar o desenho desses mini públicos, Fung (2004) elencou oito características importantes que devem ser observadas para que os desenhos institucionais possam dar maior qualidade à participação e à deliberação.

Dentre as características estão: 1) *Tipos de mini públicos*: Segundo Fung (2004) os mini públicos podem ser classificados em; a) fóruns educativos, que buscam criar condições favoráveis para os cidadãos formarem, articularem e refinarem suas opiniões sobre um assunto público; b) conselhos consultivos participativos, que não apenas cria as condições favoráveis para a deliberação, mas também participa nas tomadas de decisões a fim de transmitir as preferências de uma escolha social, ou seja, visam alinhar as políticas públicas as expectativas da sociedade; c) cooperação para a resolução participativa de problemas, que prevê um relacionamento contínuo e mútuo entre o Estado e a esfera pública com o objetivo de solucionar determinado problema coletivo; e por fim, d) mini público de governança democrática participativa, que busca incorporar as vozes dos cidadãos na determinação das agendas de políticas.

2) *Quem? Seleção e o recrutamento dos participantes*: Para o autor o mecanismo mais comum de seleção dos indivíduos que participam de um mini público é a autoseleção, uma vez que os encontros e as atividades públicas normalmente são abertos a todos que desejam participar, no entanto, essa forma apresenta problemas, como por exemplo, a presença de pessoas que possuem condições mais propícias a participação, ao passo que as menos desfavorecidas não comparecem a esses espaços públicos.

3) *O quê? O tema e o escopo da deliberação*: Esse é outro aspecto observado por Fung (2004) que afirma que o tema escolhido para deliberação modela de forma importante um mini público, uma vez que ele determina “como” e o “quanto” os cidadãos irão contribuir com informações ou recursos no processo deliberativo.

4) *Como? O modo deliberativo*: a escolha do desenho institucional também está relacionada à organização e ao estilo das discussões que ocorrem em um mini público. Para Fung (2004) a deliberação pode ocorrer a partir de um processo de discussão pública onde há

troca de razões, ou pode ocorrer baseado na autoridade, no *status*, no dinheiro ou no desempenho.

5) *Quando? Recorrência e interação*: Outra característica importante do desenho é a frequência com que o mini público se reúne. Para Fung (2004) existe a concepção errônea de “quanto mais melhor”, no entanto, para o autor a frequência dos encontros deve ocorrer de acordo com os propósitos dos mini públicos.

6) *Porque? Apostas*: Fung (2004) também chama a atenção para a relevância dos temas em deliberação, o autor argumenta que o engajamento depende do interesse e das apostas que os participantes fazem na deliberação de um mini público, assim quanto maior for o engajamento, ou a aposta, é mais provável que os resultados da deliberação sejam apoiados e implementados.

7) *Empoderamento*: Fung (2004) elenca como característica o empoderamento do mini público, que ocorre apenas no caso de seus resultados deliberativos influenciarem as decisões políticas.

8) *Monitoramento*: Por fim, a última característica dos desenhos está relacionada à sua capacidade de acompanhar as realizações após a decisão ter sido tomada, ou seja, o monitoramento. Para Fung (2004) a maioria dos mini públicos pretende gerar discussões públicas e refinar a opinião sobre um assunto. Assim, a expectativa e a esperança são de que os políticos levem essas deliberações públicas em consideração em suas decisões.

Assim como Fung existe um conjunto de autores (CORTES, 2004; TATAGIBA, 2004; FARIA e RIBEIRO, 2011) que mostram a relevância teórica e prática do desenho institucional. No entanto, é igualmente importante destacar aqueles que acreditam que não somente o desenho institucional influencia os resultados da deliberação, mas existem outros fatores que podem afetar.

Dentre os fatores levantados pela literatura como relevantes, Shapiro (2003), Vita (2007), Wampler e Avritzer (2004), apontam para a importância dos atores políticos que governam, pois eles podem, ou não, sustentar a delegação de autoridade aos cidadãos para a tomada de decisões. Numa outra perspectiva, Fung e Wright (2003) e Wampler e Avritzer (2004) apontam para a importância de se olhar para a vida associativa dos municípios ou densidade associativa. Há, ainda, os autores que acreditam que o sucesso das experiências de participação resulta da vontade política da autoridade administrativa e de governos

comprometidos com essa sociedade no desenvolvimento de inovações participativas (TATAGIBA, 2002; FARIA, 2007).

O desenho institucional do conselho municipal de saúde

Um primeiro aspecto a destacar quanto ao desenho institucional dos conselhos de saúde, é que grande parte das normas que informam seu desenho é estabelecida legalmente, sendo as principais a CF-88, a Lei orgânica de saúde nº 8.142 de 1990; a Resolução nº 453 de 2012, além do regimento interno.

A primeira referência legal é a CF-88 que instituiu a diretriz da participação da comunidade na formulação e no controle da política de saúde, no entanto ela não estabeleceu o formato que ela assumiria (CUNHA e ALMEIDA, 2015), assim os conselhos municipais foram estruturados tendo mais um marco legal, a Lei nº 8.142 de 1990 que os criou.

A Lei nº 8.142/90 instituiu, em caráter permanente e de natureza deliberativa, o conselho de saúde como um mecanismo de participação da comunidade na gestão do SUS e estabeleceu a sua composição, o caráter e o papel dessa instância. Ela ainda dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e estabeleceu que os municípios criassem o conselho como condicionante para o recebimento de recursos federais (BRASIL, 1990).

Além da lei federal, normas operacionais, resoluções, decretos governamentais e outros instrumentos normativos também contribuem para a formatação do desenho dos conselhos de saúde. Dentre as normativas têm-se a Resolução nº 453 de 2012 que esclarece a essência do que compete ao conselho, sendo esta, resumidamente, questões de formulação, avaliação e controle de políticas públicas, fiscalização do poder executivo, controle do orçamento de saúde, gestão do Fundo Municipal de Saúde, dentre outras competências (LOPES, 2014).

Em suas diretrizes, a resolução traz a organização do conselho destacando a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, assim 50% dos membros deve ser representante dos usuários do SUS, 25% representantes dos trabalhadores da saúde, e os outros 25% representantes de entidades de prestadores saúde e membros representantes do governo.

Em relação à estrutura e funcionamento do conselho, a resolução confirma o dever do governo de garantir a referida autonomia administrativa do espaço deliberativo para o seu pleno funcionamento, além da necessidade de um quórum mínimo para que ocorra a deliberação e a

forma de manifestação do conselho, onde, de acordo com a norma, deve ser feita por meio de resoluções, recomendações, moções, ficando o gestor obrigado a homologar ou dar algum retorno ao conselho em pelo menos 30 dias.

A partir de todo este arcabouço legal, os conselhos elaboram seus regimentos internos que detalham as regras de acordo com a sua realidade e necessidade, no entanto, respeitando a Resolução nº 453/12 e a Lei nº 8.142/90. Portanto, ainda que haja certa moldura colocada pelas leis, os conselhos têm autonomia para alterar as suas regras de funcionamento (FARIA e RIBEIRO, 2011).

Ao analisar a trajetória dos conselhos municipais de saúde, Cunha e Almeida (2015) indicam que seus desenhos foram determinados por difusão devido à forte pressão do nível federal de governo para que fossem criados, inclusive disponibilizando modelos de desenhos e vinculando o repasse de recursos federais à existência e funcionamento dos mesmos. Dados sobre o processo de criação dos conselhos de saúde evidenciam como o período imediatamente após a promulgação da CF-88 foi conveniente na implantação dessas instituições. Hoje os conselhos são uma realidade para a administração pública uma vez que estão presentes em 99,7% dos municípios brasileiros (IBGE, 2015).

Dessa forma, estudos (FARIA, 2007; FARIA e RIBEIRO, 2011) que propõem a análise do desenho institucional dos conselhos têm apontado que algumas regras relacionadas às suas estruturas, ao seu funcionamento e do processo deliberativo são relevantes para compreender esse espaço. É o caso da forma de composição e de escolha dos membros, a frequência dos encontros, a forma de distribuição do poder, a abertura para novos atores e temas, a participação igual no processo deliberativo, à vocalização dos atores, o tipo de decisões que geram, o tipo de relação que pode se estabelecer entre os participantes, dentre outros aspectos.

PERCURSO METODOLÓGICO

O detalhamento do desenho institucional dos conselhos municipais de saúde adveio de dados secundários e da análise documental, que de acordo com Gil (2007) é constituída pelo exame de materiais que não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar.

Os documentos selecionados para a análise foram às leis de criação/alteração dos conselhos e seus regimentos internos em vigor. De acordo com Almeida (2009), as leis de criação e os regimentos internos retratam, por meio de suas normas, o desenho institucional dos

conselhos municipais de saúde e desta forma, oferecem um conjunto de dados que nos permitem avaliar o quanto estas novas instituições estão aptas a cumprir as promessas que motivaram suas criações.

Como método de análise, adotou-se o processo de análise documental. Segundo Bardin (2011,p.51), a análise documental é “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência”.

Dentre as várias regras dos conselhos municipais de saúde possíveis de serem analisadas, foram escolhidas como categorias de análise as apontadas como relevantes nos estudos de Fung (2004) e Faria (2007) relativas ao tipo de desenho, a sua composição, a estrutura organizacional e ao modo deliberativo, tomando como referência as normas regulamentadas pelos seus dispositivos legais.

Como unidade de análise tem-se os conselhos municipais de saúde de Minas Gerais, mais especificamente os das macrorregiões de planejamento, segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Na impossibilidade de aprofundar os estudos em todas as cidades que compõem as macrorregiões, optou-se pelas cidades polo, sendo elas: Barbacena, Belo Horizonte, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Patos de Minas, Poços de Caldas, Ponte Nova, Teófilo Otoni, Uberlândia, Uberaba. Em alguns conselhos, houve recusa na liberação dos documentos, assim das 13 cidades da macrorregião de saúde três não estão contempladas nessa pesquisa: Diamantina, Montes Claros e Teófilo Otoni.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tipos de desenhos e ano de criação dos conselhos municipais de saúde

Ao analisar a definição dos conselhos municipais de saúde, a partir de seus regimentos internos, apesar de cada um trazer uma definição distinta, foi possível traçar características comuns, conforme mostra os dados no Quadro 1.

Um aspecto que se mostra relevante para este estudo é a natureza deliberativa que fundamenta os conselhos e lhes dá poder de produzir decisões vinculantes. De acordo com Cunha (2009) as funções de deliberação e de controle têm marcado a análise dos conselhos, pois indicam seu potencial para orientar as ações públicas na área da saúde, seja na proposição ou no controle dessas ações.

Nesse aspecto, todas as definições previram de forma explícita a natureza deliberativa e permanente do conselho, características instituídas na Lei 8.142/90. Algumas definições

trouxeram além do caráter deliberativo o caráter normativo e fiscalizador do conselho. Vale destacar que o conselho de Barbacena além do caráter deliberativo, normativo e fiscalizador foi o único que trouxe o caráter consultivo do conselho em sua definição.

Como característica comum a alguns casos, constatou que a definição trazida pelos conselhos de Divinópolis, Governador Valadares e Uberaba continha a composição do conselho, com os representantes do governo, de prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Já os conselhos de Belo Horizonte, Poços de Caldas, Ponte Nova e Uberaba trouxeram em sua definição a vinculação do conselho a secretaria de saúde. Tal dado mostra-se relevante e merece ser mais bem investigado, devido ao fato dessa relação impactar as regras do conselho, diminuindo sua autonomia e seu caráter democrático.

Quadro 1- Definição dos conselhos municipais de saúde

CONSELHOS	DEFINIÇÃO
Belo Horizonte	Em caráter permanente e deliberativo é um órgão colegiado vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.
Barbacena	É o órgão colegiado do município, na questão saúde, com funções de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador.
Divinópolis	Constituído em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado e soberano, composto por representantes do governo, de prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários.
Governador Valadares	Tem caráter permanente e deliberativo é um órgão colegiado, com 28 membros, e composto paritariamente por representantes dos Usuários, Profissionais da área da saúde, Governo e Prestadores de Serviços públicos, Filantrópicos ou Privados, conveniados ao SUS.
Juiz de Fora	Órgão Colegiado, Normativo, Fiscalizador, Deliberativo e Permanente do SUS no município de Juiz de Fora.
Poços de Caldas	Órgão colegiado, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde, tem caráter normativo, deliberativo, permanente e fiscalizador.
Patos de Minas	É órgão de caráter permanente, colegiado e deliberativo do SUS no âmbito do município de Patos de Minas, cujas decisões serão homologadas pelo Chefe do Poder Executivo.
Ponte Nova	Órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente do SUS integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº8.080/90 e 8.14290.
Uberaba	Órgão colegiado, integrado à estrutura orgânica da Secretaria Municipal de Saúde, de caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, composto paritariamente por representantes do Governo, dos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados, trabalhadores e usuários do SUS.
Uberlândia	Órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de natureza permanente, instituído nos termos do art. 139 da Lei Orgânica do Município de Uberlândia, e da Lei nº 5.281 de 10 de julho de 1991, para atuar junto à Secretaria Municipal da Saúde na forma da Lei nº 8.836, de 29 de setembro de 2004.

Fonte: elaborado pelos autores

Nota-se que as definições dos conselhos, se associam à ideia de mini público classificado por Fung (2004) de conselho consultivo participativo, pois eles buscam não apenas aperfeiçoar a qualidade da opinião, mas também, alinhar as políticas públicas às preferências meditadas. Aproxima também dos desenhos classificados por Avritzer (2008), como desenhos com partilha de poder, pois, nos conselhos analisados atores estatais e da sociedade civil dividem o poder de decisão, além de ser determinado por lei e pressupor sanções em casos de não implementação.

Ao analisar a lei de criação desses conselhos os dados evidenciam que eles foram criados quase todos no mesmo ano, indicando que o processo de indução foi exitoso. Dentre os conselhos analisados, oito deles foram criados no ano de 1991, somente os conselhos de Juiz de Fora e Uberaba foram criados em 1992. Portanto, os conselhos estudados foram criados no primeiro momento logo após a promulgação da Lei nº 8.142/90.

Conforme apresentado no embasamento teórico deste artigo, a Lei nº 8.142 de 1990 previu a criação de conselhos de saúde e conferências para compor as instâncias institucionalizadas de participação social no âmbito do SUS nas três esferas do governo (COTTA *et al.*, 2013). Como a lei dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, que se dá por meio da aprovação dos conselhos, nota-se que há uma correlação entre a data de criação desses espaços e a regulamentação da exigência.

Para Avritzer (2009) os conselhos são resultado de diferentes negociações após o processo constituinte e um dos elementos que merece destaque é a relação entre a falta do conselho e a penalidade, expressa no estabelecimento de condições para a transferência de recursos públicos federais para os municípios.

Composição dos conselhos

As regras que estruturam a composição dos conselhos são relevantes por identificar quais atores podem compartilhar o poder decisório e por evidenciar possíveis restrições no acesso a esse espaço.

Um primeiro dado diz respeito ao número de membros efetivos, aos quais corresponde o mesmo número de suplentes. Notou-se que o número de membros que compõem os conselhos varia consideravelmente, com o mínimo de 20 conselheiros em Patos de Minas e o máximo de 54 em Juiz de Fora. É válido ressaltar que o porte do município não interfere no número de conselheiros, como pode ser observado no quadro 2. Belo Horizonte, considerado um município

de grande porte, possui 40 membros, ao passo que Juiz de Fora, município de médio porte, possui 54 conselheiros e Ponte Nova município de pequeno porte conta com 44 conselheiros.

Observou-se que a diferença entre o número de membros deve-se, principalmente à maior divisão do município em distritos/regiões o que reflete em um maior número de conselheiros locais/distritais/regionais. No estudo, os conselhos de Belo Horizonte, Juiz de Fora e Ponte Nova foram os que apresentaram um maior número de conselheiros locais/distritais/regionais sendo 9, 17 e 16, respectivamente, o que acarretou em um maior número de membros.

No que se refere ao tempo de mandato dos conselheiros e à possibilidade de reeleição dos mesmos, verificou-se que na maioria dos conselhos analisados o mandato é de dois anos, apenas em Divinópolis, Ponte Nova e Uberaba o tempo é de quatro anos, verificou-se também que em todos eles há a possibilidade de reeleição por igual período.

Quadro 2- Número de membros efetivos

SEGMENTO	BAR	BH	DIV	GV	JF	PM	PC	PN	UBER	UBERL
Usuários	12	20	12	14	27	10	12	22	12	16
Trabalhadores da área da saúde	6	10	6	7	9	5	6	11	6	8
Governo	3	5	3	4	9	2	3	8	3	4
Prestadores de serviço de saúde	3	5	3	3	9	3	3	3	3	4
TOTAL	24	40	24	28	54	20	24	44	24	32

Fonte: elaborado pelos autores.

Legenda: BAR =Barbacena/ BH= Belo Horizonte/ DIV = Divinópolis/ GV= Governador Valadares/ JF= Juiz de Fora/ PM = Patos de Minas/ PC= Poços de Caldas/ PN = Ponte Nova/ UBER = Uberaba/ UBERL = Uberlândia.

Complementar à análise do número de membros, a pesquisa observou como se dá a divisão de cadeiras nos conselhos de acordo com os segmentos ali representados, na busca de aferir a presença de paridade. Para Almeida (2009), a paridade é uma variável relevante, já que nos mostra como se dá a correlação de forças internamente ao conselho, ainda que a paridade não signifique igualdade, conforme afirma Tatagiba (2002, p.57) isso porque “mesmo que entre sociedade e governo exista igualdade numérica essa igualdade não é suficiente para garantir o equilíbrio decisório”.

De acordo com Resolução nº 453/12, o conselho de saúde deve ser composto por representantes dos usuários do SUS, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, e as vagas devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de

saúde, 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

De acordo com os regimentos analisados, verificou-se que a maioria dos conselhos encontram-se paritários respeitando a divisão entre os segmentos, somente o conselho de Juiz de Fora apresenta uma inadequação na representação dos trabalhadores da área de saúde com apenas 16% enquanto deveriam estar ocupando 25% dos assentos.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Cotta, Cazal e Martins (2010), onde verificaram que a composição do conselho de saúde de Viçosa-MG não obedecia às recomendações da legislação vigente, segundo as quais o princípio da paridade deve ser respeitado. Já os representantes do governo e prestadores de serviços ocupavam 41% das vagas do conselho quando deveriam ocupar apenas 25%.

Outra característica analisada na composição dos conselhos foi à forma de seleção dos seus conselheiros. Como se sabe, a participação nos conselhos ocorre via representação dos segmentos envolvidos, logo, a forma como são escolhidos os conselheiros revela-se um dado importante na medida em que ela informa como se constitui a representação legitimidade nesse espaço.

Para Fung (2004) o mecanismo mais comum é a auto seleção voluntária, porém o problema estaria na assimetria de informações entre os cidadãos. Para o autor, aqueles que possuem maior conhecimento e dispõem de mais recursos, são os que mais participam dos espaços públicos, enquanto a outra parte que não dispõe desses recursos fica sub-representada, embora seja atingida pelas decisões. De acordo com Pereira, Lima e Martins (2013) nos conselhos a escolha dos representantes ocorre por meio de eleições ou por critérios referentes a competências, articulação ou carisma dos membros. Nos casos analisados, a forma mais comum de seleção dos representantes da sociedade civil se deu por meio de eleição em alguma assembleia convocada pela entidade ou pelo próprio conselho. Em Divinópolis os conselheiros foram indicados e eleitos na própria entidade e enviado ao conselho para representação. Em Governador Valadares, Poços de Caldas e Barbacena os conselheiros foram indicados nas entidades e eleito na conferência municipal de saúde, já os conselhos de Patos de Minas e Ponte Nova não trouxeram em seus regimentos a forma de seleção de seus conselheiros.

Quadro 3- Formas de seleção dos conselheiros representantes da sociedade civil

FORMA DE SELEÇÃO DOS CONSELHEIROS	Nº	CONSELHOS
Eleito em assembleias e fóruns	4	Belo Horizonte, Uberaba, Juiz de Fora, Uberlândia.
Indicado e eleito na entidade	1	Divinópolis.
Indicado na entidade e eleito na conferência municipal de saúde	3	Governador Valadares, Poços de Caldas, Barbacena.
Não Define	2	Patos de Minas, Ponte Nova.

Fonte: elaborado pelos autores

Nota-se que entre os regimentos que trouxeram o modo de seleção dos seus conselheiros, em quatro deles, ela ocorreu por indicação da própria entidade. Realidade semelhante foi encontrada no trabalho de Morita *et al.*(2006), já que a maioria dos entrevistados tinham ingressado no conselho por indicação das suas entidades de classe, não considerando a necessidade de eleição. Este mesmo estudo concluiu que, ao invés de seguir um processo mais transparente e democrático, a eleição dos conselheiros da sociedade civil acaba se transformando em muitos casos num instrumento de manipulação política.

Em relação à escolha dos demais segmentos que compõe o conselho, verificou-se que essa é feita por indicação. No caso do governo, ela se realiza por agentes públicos titulares de cargos de direção na administração direta ou indireta, por responsáveis pelas áreas das políticas sociais e por outros que atuam nas áreas afins. Já os trabalhadores de saúde são indicados pela sua entidade de classe e os prestadores de serviços pelos hospitais e clínicas com assento no conselho.

Outra situação recorrente nos conselhos é a indicação de entidades da sociedade civil. A entidade prevista refere-se aos casos nos quais os conselhos indicam diretamente qual entidade terá direito a assento e representação. Como verificado nessa passagem do regimento interno do conselho de Barbacena, *“as vagas de conselheiros titulares e suplentes pertencem às entidades eleitas na Conferência Municipal de Saúde, só podendo ser substituídas em caso de extinção”* (REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA, 2011, p. 2). Para Gomes (2003) a seleção dos conselheiros a partir de suas entidades representadas é uma situação preocupante, porque nessas entidades o Estado e a sociedade civil mais ampla não possuem intervenção institucional, o que contribui para o distanciamento dos cidadãos dos espaços de participação.

Os dados da pesquisa mostraram que dentre os conselhos analisados, em sete deles, há uma indicação prévia das entidades que terão assento e representação, somente os conselhos de

Divinópolis, Patos de Minas e Uberlândia não indicaram as entidades (Quadro 4). Ao investigar quais as entidades mais indicadas pelos regimentos verificou-se que são as entidades ligadas à religião, as filantrópicas e entidades de sindicatos.

Quadro 4- Previsão de entidades da sociedade civil

PREVISÃO DE ENTIDADE	Nº	CONSELHOS
Prevê entidades	7	Barbacena, Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Ponte Nova, Uberaba.
Não prevê entidades	3	Divinópolis, Patos de Minas, Uberlândia.

Fonte: elaborado pelos autores

Para Almeida (2009), a previsão de entidades nos conselhos de saúde é um indicador negativo, pois, ao defini-las a política de saúde deixa de ser capaz de incorporar possíveis mudanças na esfera pública, como por exemplo, o surgimento de novas entidades. A grande heterogeneidade das sociedades complexas e plurais somados à falta de critérios claros de seleção dos conselheiros contribui para a inserção de grupos particulares nos conselhos, logo de acordo com Pereira, Lima e Martins (2013) é preciso que os conselhos adotem formas mais públicas, plurais e inclusivas para a seleção de seus membros.

Estrutura organizacional

O desenho institucional dos conselhos abarca, para além das regras relacionadas à sua composição, aquelas que tratam da estrutura organizacional. As estruturas de funcionamento dos conselhos municipais de saúde seguem, de um modo geral, um padrão comum caracterizado pela presença de um plenário, local onde os membros do conselho se encontram debatem o conteúdo da política e por vezes deliberam, uma mesa diretora formada por um presidente, um vice-presidente, 1º e 2º secretário, uma secretaria executiva encarregada de auxiliar a mesa diretora e de comissões/ câmaras técnicas, cuja função é auxiliar e assessorar o plenário em relação a temas específicos relativos às políticas públicas a que eles estão vinculados (FARIA, 2007).

O quadro 5 mostra a estrutura de funcionamento dos conselhos municipais de saúde analisados.

Quadro 5- Estrutura organizacional

ESTRUTURA	Nº	CONSELHOS
Assembleia/ Plenário	10	Todos os conselhos analisados.
Mesa Diretora	10	Todos os conselhos analisados.
Secretaria Executiva	8	Barbacena, Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Ponte Nova, Uberaba, Uberlândia.
Câmara/ comissões técnicas	10	Todos os conselhos analisados.

Fonte: elaborado pelos autores

Verificou-se que todos os conselhos estudados preveem a existência de assembleia ou plenário como o órgão máximo de deliberação, lugar onde reúne o conjunto dos membros do conselho ordinária e periodicamente.

Outro órgão interno previsto em todos os conselhos foi à mesa diretora. Em geral, a mesa diretora tem a função de coordenar as atividades do conselho e sua representação política junto à sociedade. Nos conselhos analisados verificou-se que essa estrutura é formada exclusivamente por conselheiros eleitos entre seus pares, o que indica a possibilidade de rotatividade entre os membros na ocupação desses cargos e a consequente democratização dos espaços decisórios.

Uma característica importante na composição da mesa diretora está relacionada com a forma de escolha do presidente. Embora a lei de criação e os regimentos dos conselhos restrinjam formalmente as atribuições do presidente, na prática, em muitos casos, ele assume papéis estratégicos. A importância da função do presidente foi identificada por Tatagiba (2002), Faria (2007), Soares (2006) já que em muitos dos conselhos é ele que define os temas que terão prioridade na agenda, ademais, a forma como ele é escolhido mostra o quanto às relações no interior dessas instituições se dá de forma democrática.

A pesquisa mostrou que, em todos os conselhos analisados, a presidência pode ser ocupada por conselheiros de qualquer segmento por meio de eleições em plenário. Vale destacar que o conselho de Uberlândia é o único que exige em seu regimento que a presidência ou a vice-presidência do conselho seja ocupada, obrigatoriamente, por um conselheiro do segmento usuário.

A possibilidade de qualquer segmento ocupar a presidência é recente. Faria (2007) chama a atenção para um fato recorrente nos conselhos que é a indicação do secretário de saúde para ocupar o cargo de presidente. Segunda a autora, esse fato além de ferir o princípio representativo indica monopólio do cargo pelo representante do governo, configurando o predomínio desse segmento frente os demais que compõem o conselho. Embora a presença do

secretário municipal ou de seus representantes seja necessário para a dinâmica de negociação e implementação das diretrizes da política pública, de acordo com Faria (2007) esta naturalização precisa ser revista.

Embora não tenha encontrado essa naturalização nos conselhos analisados, onde o secretário é automaticamente o presidente, foi possível verificar que sua presença é forte e estratégica, como se pode notar nessa passagem retirada do regimento analisado;

O Secretário de Saúde é membro nato do C.M.S., podendo votar e ser votado para os cargos da Mesa Diretora (REGIMENTO INTERNO DO CMS DE JUIZ DE FORA, p.23, grifo nosso).

Outro componente da estrutura dos conselhos é a secretaria executiva, órgão que dá suporte à mesa diretora. Verificou-se que a maioria dos conselhos conta com essa estrutura, apenas Divinópolis e Patos de Minas não trouxeram em seus regimentos a presença desse órgão. A secretaria executiva, na maioria das vezes, é formada por um servidor público que é indicado pelo gestor de saúde para prestar serviços administrativos ao conselho, logo não é considerado membro. Somente o conselho de Juiz de Fora prevê que a secretaria executiva seja formada por um conselheiro, preferencialmente do segmento dos usuários.

Verificou-se também que, em todos os conselhos analisados existe espaço previsto para as comissões/câmaras técnicas. De acordo com Zambon e Ogata (2011), as comissões têm a função de elaborar análises e pareceres sobre temas os quais serão submetidos ao plenário, propiciando aos seus membros a possibilidade de qualificar e aprofundar nas discussões. Corroborando com esta análise, Faria (2007) relata que a presença de comissões possibilita o maior e melhor acesso a informações, o que contribui para reduzir a assimetria informacional e a existência de processo decisório hierárquico, permitindo condições de igualdade que são destacadas pela teoria da democracia deliberativa.

Verificou-se que todos os conselhos analisados preveem a existência de comissões/câmaras técnicas. Para Almeida (2009) a presença de estruturas organizacionais como mesa diretora, secretaria executiva, comissões/ câmaras técnicas é um bom indício da institucionalização, haja vista o papel destas estruturas na organização dos trabalhos e deliberações.

Modo deliberativo

Há um conjunto significativo de regras que estruturam e organizam não só o funcionamento dos conselhos, mas também o seu modo deliberativo. De acordo com Fung (2004) o modo deliberativo refere-se à organização e ao estilo das discussões em um mini público. Assim, as regras que compõem esse processo deliberativo, entendido nas suas dimensões argumentativas e decisórias, podem indicar as aberturas dadas aos diferentes atores sociais presentes nas plenárias, em termos de possibilidade de proposição e introdução de pontos de pauta e das regras de tomada de decisão.

O primeiro aspecto analisado foi a frequência com o qual o conselho se reúne. A Resolução nº 453/12 expõe que as reuniões ordinárias deverão ocorrer no mínimo uma vez ao mês, e extraordinariamente conforme disposto em regimento interno, além de serem abertas ao público (BRASIL, 2012).

Para Zambon e Ogata (2011) a periodicidade das reuniões garante a continuidade dos debates sobre os temas que estão sendo discutidos. Para as autoras, uma forma simples de verificar se um conselho funciona é identificar se as reuniões ocorrem de forma regular e averiguar se possui alguma estrutura administrativa.

Em relação à frequência das reuniões, verificou-se que a diferença entre os conselhos analisados é pequena, sendo que a maioria deles realiza pelo menos uma reunião por mês. Apenas Barbacena e Juiz de Fora realizam reuniões quinzenalmente. É importante destacar que este número corresponde às reuniões ordinárias e, portanto, com caráter obrigatório.

Verificou-se também, que os conselhos pesquisados preveem que as reuniões sejam abertas e públicas, somente Divinópolis e Governador Valadares não trouxeram essa prerrogativa em seus regimentos. Já os conselhos de Ponte Nova e Uberaba, além das reuniões abertas indicam a possibilidade de ocorrer reuniões reservadas, desde que solicitadas por qualquer membro do conselho e aprovado por dois terços dos conselheiros presentes.

Dos regimentos que trouxeram informação sobre o horário das reuniões, verificou-se que em oito deles elas ocorrem no período noturno, o que abre uma possibilidade maior de presença, já que no período diurno os conselheiros e a sociedade civil têm que cumprir obrigações de trabalho e nem sempre são liberados para participar, principalmente o segmento usuário (CUNHA, 2009).

Dois outros aspectos relevantes na análise das regras que balizam a dinâmica do processo deliberativo são a proposição de pauta e a possibilidade da introdução de pontos de

pauta durante a reunião. Para Cunha (2015) a relevância dos temas que compõem a agenda, assim como seus propositores, são fatores que indicam o potencial de inclusão e de democratização dos espaços.

Nesse aspecto, os procedimentos previstos nos regimentos internos analisados apresentaram diferenças conforme mostram os dados do quadro 6. Em Barbacena, Belo Horizonte, Patos de Minas, Poços de Caldas, Ponte Nova e Uberaba a pauta é construída no final das reuniões e qualquer conselheiro pode propor um ponto a ser discutido. Já em Divinópolis e Governador Valadares a pauta das reuniões é organizada pela mesa diretora ou secretaria executiva sem a participação dos demais conselheiros, e em Uberlândia, embora a proposição possa ser feita por qualquer conselheiro, quem organiza a pauta escolhendo os assuntos a serem tratados é a mesa diretora ou secretaria executiva. Somente o conselho de Juiz de Fora não trouxe em seu regimento como é elaborada a pauta das reuniões.

Quadro 6- Proposição de pauta

PROPOSIÇÃO DE PAUTA	Nº	CONSELHOS
Definição em reunião e / ou proposição de qualquer conselheiro	6	Barbacena, Belo Horizonte, Patos de Minas, Poços de Caldas, Ponte Nova, Uberaba.
Mesa diretora ou secretaria executiva	2	Divinópolis, Governador Valadares.
Proposição de conselheiro, mas organizado pela mesa diretora e secretaria executiva	1	Uberlândia
Não define	1	Juiz de Fora

Fonte: elaborado pelos autores

Embora não tenha sido possível analisar, por meio das regras, qual o segmento participa mais ativamente na elaboração das pautas das reuniões, através dos resultados de outros estudos empíricos, o que se percebe é uma baixa capacidade propositiva de alguns segmentos que compõem o conselho. Assim como verificado na questão da paridade, nota-se que há uma maior influência de um segmento sobre os outros, que para Pereira, Lima e Martins (2013) isso se dá pelo fato de as pautas das reuniões serem prerrogativa da equipe do poder executivo. Tal afirmação pôde ser confirmada nos trabalhos de Cotta, Cazal e Martins (2010) onde as autoras notaram que, no que se refere à influência na formação da pauta das reuniões, o segmento do governo predomina na preposição de assuntos a serem discutidas nas reuniões. Portanto, ainda que em termo de regras, na maioria dos conselhos analisados a pauta seja construída no final das reuniões com a proposição de qualquer conselheiro, na prática os dados revelam que os

temas levados para debates são, na maioria das vezes, iniciativas do próprio governo e não da sociedade.

Além da pauta prevista, durante as reuniões é comum que haja à introdução de pontos de pauta, que consiste em inserir assuntos que não estava previamente definido dependendo da sua urgência ou do processo de discussão entre os conselheiros. Notou-se que essa possibilidade está prevista somente nos conselhos de Belo Horizonte, Divinópolis, Patos de Minas, Uberaba, Uberlândia.

Por fim, a análise do modo deliberativo identificou como se dá o direito de fala dos atores externos nas reuniões, uma vez que estas pessoas têm o direito de participar. De acordo com Cunha e Almeida (2015), se compreendermos a “voz” como uma ação política, a possibilidade de que outros atores falem e não somente os conselheiros demonstra uma maior preocupação com a inclusão deliberativa dos interessados na política de saúde.

Nesse sentido, verificou-se similaridade entre os conselhos, uma vez que o direito de fala de atores externos está previsto em oito deles. Também constatou que apenas em Uberaba não existe a possibilidade de fala aos atores externos, salvo se for convidado pelo próprio conselho. O conselho de Patos de Minas foi o único que não definiu a possibilidade de fala de atores externos. Vale lembrar que o direito de fala não significa direito a voto, sendo este uma prerrogativa dos conselheiros.

Quadro 7- Direito de falas de atores externos

PREVISÃO DE FALAS DE ATORES EXTERNOS	Nº	CONSELHOS
Prevê a fala de atores externos	8	Barbacena, Belo Horizonte, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Ponte Nova, Uberlândia.
Não prevê a fala de atores externos	1	Uberaba.
Não define	1	Patos de Minas.

Fonte: elaborado pelos autores

A observação empírica permitiu a Almeida (2009) verificar que o direito de falas de atores externos é comum, pois, dos vinte e oito conselhos de saúde analisados pela autora, o direito de fala estava previsto regimentalmente em vinte quatro deles. Essa constatação é reforçada pela tese de Cunha (2009) que também verificou uma maior abertura a fala de atores externos nos conselhos de assistência social de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do desenho institucional indica que à criação dos conselhos de saúde foi marcada por um forte processo de indução do governo. Isso pôde ser confirmado com a análise dos anos de criação dos conselhos, sendo que todos eles foram criados logo após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, que traz a obrigatoriedade da criação desse espaço para o repasse de recursos federais.

Tal fato refletiu para que os conselhos apresentassem muitas semelhanças nas regras de funcionamento, isso pode ser verificado em muitas variáveis analisadas, ou seja, os conselhos seguem um mesmo padrão normativo independente do contexto em que estão inseridos.

No que diz respeito à estrutura organizacional e a dinâmica das atividades, constatou que há previsão de estruturas administrativas que auxiliam na qualificação da participação dos atores sociais no processo deliberativo, como mesa diretora, secretaria executiva e câmaras técnicas. Portanto, pode-se inferir que os conselhos de saúde analisados são instituições que apresentam uma boa capacidade de desenvolvimento de suas atividades administrativas e participativas.

Em relação ao modo deliberativo, pode-se afirmar que o desenho institucional impactou de forma positiva o processo deliberativo, pois, permitiu maior abertura à participação da sociedade civil e um melhor equilíbrio entre a presença dos atores governamentais e não governamentais, pelo menos no que diz respeito às regras de funcionamento. Pode-se confirmar tal dado nas regras referentes ao cargo da presidência, à proposição e introdução de pontos de pauta, à possibilidade de fala de atores externos e à presença de paridade entre os segmentos.

Sendo assim, uma lição que parece sair reforçada dessas reflexões é que o desenho institucional tem papel importante no que concerne à formatação das regras de estruturação e de funcionamento que trazem em si o potencial de tornar os conselhos mais democráticos, propiciando a inclusão de uma maior diversidade de vozes, estabelecendo fluxos e espaços deliberativos que possibilitam melhorar o acesso às informações e aprofundar o debate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. C. R. de A.; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R.R. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011.

ALMEIDA, D.R. Os Conselhos Municipais e sua estrutura normativa e institucional. IN: AVRITZER, L. *Democracia, Desigualdade e Políticas no Brasil*. v.2. Belo Horizonte, 2009.

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

AVRITZER, L. O Orçamento Participativo e a Teoria Democrática: um Balanço Crítico. In: AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (orgs.). *A inovação democrática no Brasil*. São Paulo, 2003.

AVRITZER, L. *Participatory institutions in democratic Brazil*. Johns Hopkins University Press, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, edições 70, 2011.

BRASIL, F. de P.D; CARNEIRO, R.; BARBOSA, T.P.; ALMEIDA, M.E. Participação, Desenho Institucional e Alcances Democráticos: uma Análise do Conselho das Cidades (CONCIDADES). *Revista de Sociologia e Política*. v. 21, nº 48: 5-18 Dez. 2013.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 453 de 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_453.pdf. Acesso em: 14 de setembro de 2015.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.

COTTA, R. M. M. et. al. *Políticas de Saúde: Desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa: Ed. UFRV, 2013. 288p.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2437-2445, 2010.

CUNHA, E. S. M. *Efetividade deliberativa: estudo comparado de conselhos municipais de assistência social (1997/2006)*. 2009. 372p. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CUNHA, E. S. M.; ALMEIDA, D. C. R. Conselhos de Políticas e Desenho Institucional: potencialidades e limites do isomorfismo institucional nas áreas da saúde e da assistência social no Brasil. In: CUNHA, E. S. M.; THEODORO, H.D (org). *Desenho Institucional, Democracia e Participação: Conexões teóricas e possibilidades analíticas*, Belo Horizonte: D'Plácido, 2015, 330p.

CUNHA, E. S. M.; THEODORO, H.D (org). *Desenho Institucional, Democracia e Participação: Conexões teóricas e possibilidades analíticas*, Belo Horizonte: D'Plácido, 2015, 330p.

CORTES, S. M. V. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JÚNIOR, O. A.; RIBEIRO, L.C. de Q.; AZEVEDO, Sergio de. *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

FARIA, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos conselhos municipais da saúde e de direitos da criança e do adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

FARIA, C. F.; RIBEIRO, U. C. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. In: PIRES, R. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. 1º ed. Brasília: IPEA, v. 7, p. 125-136, 2011.

FUKS, M. Democracia e participação no conselho municipal de saúde de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, Mario, PERISSINOTTO, Renato M. & SOUZA, Nelson Rosário de (orgs.). *Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná*. Curitiba: Editora UFPR, 2004, p.13-44.

FUNG, A. *Empowered participation: reinventing urban democracy*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

FUNG, A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (orgs.) *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004, p. 173-209.

FUNG, A.; WRIGHT, E.O. Countervailing Power in Empowered Participatory Governance. In: FUNG, A.; WRIGHT, E. O. *Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*. London; New York: Verso, 2003. The Real Utopias Project IV.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, E. G. M. *Conselhos gestores de políticas públicas: democracia, controle social e instituições*. Dissertação de mestrado FGV. EASP. São Paulo, 2003.

LOPES, B de J. *Democracia Deliberativa e Participação: Análise do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG*. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

MARQUES, F. P. J. A. Participação política e desenho institucional: uma proposta para a concepção de mecanismos participativos. *Ciências Sociais Unisinos*, v. 46, p. 140-151, 2010.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde soc.* 2006; 15(1) p.49-57.

PEREIRA, N. R.; LIMA, A. A. T. F. C.; MARTINS, S. Contribuições de estudos brasileiros sobre os conselhos de políticas públicas como instância legítima do processo decisório na administração. In: FERREIRA, M. A. M.; ABRANTES, L. A. (org). *Políticas Públicas, Gestão e Sociedade*. Viçosa: Triunfal Gráfica e Editora, 2013, p.9-36.

PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. v.7. Brasília: IPEA, 2011. (Diálogos para o desenvolvimento).

SHAPIRO, Ian. Optimal deliberation? In: FISHKIN, James S. and LASLETT, Peter (org.). *Debating deliberative democracy*. UK: Blackwell Publishing, 2003.

SOARES. E. S. *Limites e Possibilidades do Controle social: o caso do conselho estadual de assistência social do Rio Grande do Sul em perspectiva*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, 2006.

TATAGIBA, L. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (Org.). *A participação em São Paulo*. São Paulo: Editora da UNESP, 2004.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, p. 47-103, 2002.

VITA, A. de. Sociedade democrática e democracia política. In: *Política & Sociedade: Revista de Sociologia Política*. Florianópolis: UFSC, 2007. v.6, nº. 11, outubro de 2007.

ZAMBON, V. D. OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013 nov-dez; 66(6): 921-7.

WAMPLER, B.; AVRITZER, L. Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, Vera S. P. e NOBRE, M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004.