



## Conferências de Saúde no Brasil

### Propósito

As conferências de saúde consistem espaços integrados de participação, deliberação e representação, convocadas pelo Presidente da República, com o objetivo de discutir e tomar decisões em relação à política de saúde. A discussão e tomada de decisão ocorre em Grupos de Trabalho e em Plenárias em encontros locais, municipais, estaduais e nacional, ao longo de alguns meses. Nestes, a participação de representantes de diversos segmentos vinculados à política de saúde é garantida pelo Regimento Interno do encontro, sendo 50% de usuários, 25% de representantes de trabalhadores da saúde, e 25% de gestores públicos e prestadores de serviços de saúde. No nível nacional, os participantes, eleitos enquanto delegados nos encontros estaduais, apreciam o documento final que contém as diretrizes para a formulação da Política Nacional de Saúde, aprovadas nos momentos de deliberação entre governo e sociedade civil nas etapas anteriores.

### História

#### As Primeiras Sete Conferências de Saúde:

A primeira Conferência de Saúde aconteceu em 1941 e foi convocada pelo ex-presidente Getúlio Vargas. Criado pela Lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937, este espaço tinha por finalidade fornecer informações sobre os serviços de saúde (e educação) prestados pelo Governo Federal e orientá-lo no desempenho dos mesmos em nível local. A Lei estabeleceu que os encontros seriam convocados pelo presidente, com intervalos máximos de dois anos, e contariam com a presença de representantes do governo dos três níveis da Federação e de grupos sociais relacionados à área da política.

Não obstante as diretrizes legais, as primeiras sete Conferências de Saúde foram organizadas com intervalos maiores que dois anos e reuniram apenas representantes do Poder Executivo. Durante o período democrático (1946-1964), o governo realizou a segunda e a terceira Conferência de Saúde em 1950 e 1963. Delas, resultou a criação do Ministério da Saúde por meio da Lei nº 1.920 de 1953 e a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde, baseada no princípio de municipalização dos serviços de saúde, sob a responsabilidade do novo Ministério. [1]

Ao longo da Ditadura Militar (1964-1985), outras quatro conferências foram realizadas. Em 1967, a quarta Conferência teve como objetivo oferecer sugestões para a formulação de uma política nacional de recursos humanos e, quase após uma década, em 1975, a quinta Conferência foi convocada para consolidar e divulgar o Sistema Nacional de Saúde, que tinha sido criado no mesmo ano, em 17 de Julho de 1975. Dois anos depois, a sexta Conferência de Saúde aconteceu para avaliar a implementação do Sistema Nacional de



Saúde e concluiu pela substituição deste programa por outro: o Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), o qual foi discutido na sétima Conferência realizada em 1980. [2]

### *O Divisor de Águas: a 8ª Conferência de Saúde:*

A participação de representantes da sociedade civil provenientes de ONGs, movimentos sociais e outras entidades civis foi assegurada apenas na 8ª Conferência realizada em 1986, como resultado da mobilização social em torno da política de saúde e de mudanças significativas no arranjo institucional desta política a partir dos anos 70. Nesta década, assistiu-se à formação de uma comunidade de política, conhecida como 'movimento sanitário', a qual era composta por atores estatais e sociais na defesa da universalização do acesso a serviços e da democratização política do país e, mais especificamente, da área de saúde. Esta comunidade começou a se envolver com a Política de Saúde em 1974, com a implementação do II Plano Nacional de Desenvolvimento. O plano incorporou, de forma inédita, a noção de participação comunitária no setor ao estender o atendimento a parcelas da população até então excluídas de qualquer tipo de acesso a serviços de saúde. Além disso, o plano possibilitou que secretarias de saúde de municípios de pequeno e médio porte implementassem políticas inspiradas pela ideia de participação da comunicação na política. [3]

No início da década seguinte, como parte do processo de democratização política e da política de saúde, foi instituído o Programa de Ações Integradas de Saúde em 1984, o qual criou comissões interinstitucionais no nível federal, estadual, regional, municipal e local para discutir demandas e reivindicações da população. Compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, e representativas da população local, essas comissões se tornaram importantes fóruns de debate no setor e serviram para fortalecer a atuação da sociedade civil na política de saúde. [4]

Inserida neste contexto de grande mobilização social, a 8ª Conferência de Saúde foi marcada pela radicalidade da concepção e do projeto de participação na democratização da política de saúde no país. Nela, a participação popular foi defendida como uma das condições de garantia do direito à saúde, sendo compreendido como "controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população". [5] O direito à saúde constituiria uma "conquista social", cujo pleno exercício implicaria garantir, entre outros pontos, "a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde". [6] A população tornar-se-ia protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de modo que esse direito fosse assegurado a toda população brasileira a partir da participação da mesma em espaços decisórios. [7]

### *As Implicações da 8ª Conferência de Saúde para a Política de Saúde do Brasil:*



A condição de sujeito de construção do direito à saúde promoveu ampla participação e pressão da comunidade de política durante o período de Assembleia Constituinte (1987-1988), que, desde a década de 1970, demandava um sistema universal e único de saúde, participativo e descentralizado, financiado com recursos públicos. Desta forte pressão, resultou a definição constitucional de saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado, além de um conjunto de ações e serviços que constituiria um Sistema Único descentralizado, participativo e voltado para o atendimento integral dos cidadãos e cidadãs. [8]

Ademais, o forte lobby da comunidade de política da saúde por um sistema de saúde universal e participativo influenciou a edição de duas leis: a Lei nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos e definiu a organização e o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS. [9]

Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 assegurou a participação popular na gestão do SUS ao institucionalizar os Conselhos de Saúde e as conferências de saúde. Os Conselhos de Saúde seriam colegiados permanentes e deliberativos, constituídos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, envolvidos na formulação de estratégias e na implementação da política de saúde a nível local, estadual e nacional. Já as conferências de saúde seriam espaços deliberativos temporários, convocados a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política de saúde por representantes do governo e grupos sociais. [10]

Uma vez que a participação popular na construção, implementação e avaliação da Política de Atenção à Saúde foi assegurada legalmente, as sete **Conferências de Saúde** que se seguiram à oitava, realizadas em 1992, 1996, 2000, 2003, 2007, 2011 e 2015, foram caracterizadas por ampla participação, embora em proporções distintas, de usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços de saúde no âmbito local, estadual e nacional.

## **Processo**

A Lei nº 8.142/90 estabeleceu as diretrizes para a participação da comunidade na gestão da Política de Saúde. Ela definiu que as Conferências de Saúde devem ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Além disso, os encontros devem ter sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, no qual deve ser assegurada paridade de representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Essas orientações legais têm sido cumpridas, em grande medida, pelo Executivo Federal. Os encontros têm sido convocados pelo Presidente a cada quatro anos (1992, 1996, 2000, 2003, 2007, 2011, e 2015) e a coordenação



destes espaços tem ficado a cargo dos conselhos de saúde, em parceria com os órgãos de gestão pública. O regimento interno (RI) dos mesmos tem assegurado 50% de representação de usuários e 50% de participação de profissionais da saúde e de gestores e prestadores de serviço, cada qual com 25% do total de vagas. Além da composição da representação, o RI tem determinado os objetivos do encontro, os eixos temáticos a serem debatidos, as etapas e datas de realização dos debates, a dinâmica de deliberação das propostas, e as orientações gerais para o encaminhamento das propostas aprovadas em cada encontro para a comissão organizadora da conferência seguinte.

### Objetivos e Etapas:

Os objetivos e eixos temáticos não variam entre os diferentes níveis do processo conferencista. A dinâmica por meio da qual se discute e se delibera o temário proposto conecta um nível ao outro: o tema é debatido e apreciado do nível local até o nacional, o que possibilita o desenvolvimento da expertise deliberativa dos atores e a reconfiguração de suas preferências e escolhas. [11]

Quanto às etapas e datas de realização, o RI determina o período de realização de cada etapa – local, estadual e nacional -, o qual se aplica a todos os entes da federação igualmente. No nível municipal, a conferência municipal deve ser antecedida por pré-conferências, que podem ser locais e/ou distritais. Contudo, nem todos os municípios as realizam, o que pode estar associado ao grau mais baixo de mobilização dos atores envolvidos com esta política e de organização e inserção dos conselhos municipais de saúde nos municípios. [12]

Nos municípios que realizam encontros locais e/ou distritais antes da conferência municipal, observa-se que mudanças de escala de um nível para outro alteram a quantidade e a qualidade dos regulamentos e, conseqüentemente, o nível de exigência da organização e a dinâmica dos encontros. [11] As etapas locais distritais caracterizam-se por baixo grau de formalismo. A participação da comunidade é ampla e aberta a todos, com direito a voz e voto, em todos seus espaços. Não existem regras definidas para estruturar os debates: a dinâmica das discussões e os critérios para a aprovação das propostas são estabelecidos in loco. Os participantes proferem mais depoimentos pessoais do que argumentos formais baseados em justificativas técnicas e políticas. Ao final do encontro, são escolhidos, por maioria simples de voto e levando-se em consideração os critérios de representação de cada sexo e segmento, os delegados que participarão, com direito a voz e voto, da etapa municipal. A participação direta cede lugar à uma dinâmica representativa, cujo critério de seleção de delegados é a eleição por maioria simples de votos. [13]

Na etapa seguinte de conferências distritais, o grau de formalismo se eleva e o desenho do encontro se aproxima ao do encontro municipal. Há plenária inicial e debate e votação do RI da conferência; além de formação de grupos de



trabalho (GTs) e realização de plenária final, na qual as propostas elaboradas nos GTs são lidas, destacadas, discutidas e votadas. Nestes encontros, as recomendações aprovadas nas conferências locais são examinadas e é permitida a modificação das mesmas, assim como a inclusão de novas propostas.

O grau de formalismo e de organização das conferências aumenta à medida que o processo se aproxima da etapa nacional. A mudança de escala é acompanhada pela sofisticação das regras institucionais, as quais passam a discriminar com maior precisão quem serão os atores aptos a participar das etapas e a forma como deverão fazê-lo. O número de representantes delegados e convidados torna-se regimentalmente definido, com base no critério de proporcionalidade dos segmentos – 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores públicos e prestadores de serviços –, de tamanho populacional e de gênero.

#### *Processo Deliberativo nas Conferências:*

Ademais, o processo de discussão e tomada de decisão ganha complexidade e robustez. GTs discutem e apreciam as propostas contidas no documento-base da conferência, composto pelas recomendações aprovadas na etapa anterior. Propostas modificadas ou acrescentadas aprovadas nos mesmos por maioria simples dos delegados são levadas à Plenária para apreciação final. Todas as diretrizes modificadas e acrescentadas aprovadas na plenária compõem o documento-base de discussão da etapa seguinte até a conferência nacional. No entanto, à medida que os encontros avançam, as regras quanto à elaboração das propostas tornam-se mais restritivas. Enquanto nas conferências locais, distritais e municipal, os atores podem construir suas propostas mais livremente, nas etapas estadual e nacional, as regras prescritas se limitam à aceitação ou à negação das propostas oriundas das etapas anteriores.

O nível organizacional mais elevado dos processos deliberativos das conferências afeta, por fim, o comportamento dos participantes. A cada etapa que se sucede, os repertórios de ação mudam. Nas conferências locais, os participantes experimentam maior liberdade de vocalização, embora não de decisão. A partir das conferências distritais, essa dinâmica assume novas características: o discurso informal, baseado na exposição de depoimentos e de experiências pessoais com a política de saúde, cede lugar para os discursos mais estruturados, pautado em argumentos mais técnicos e politizados. Os argumentos de cunho pessoal não bastam mais para justificar e persuadir os outros atores no momento do debate. Além da vivência, torna-se necessário o embasamento técnico e político na defesa e na justificação de cada uma delas. [14]

Sendo assim, apesar das orientações legais previstas na Lei nº 8.142/90, o escalonamento das conferências de saúde em diversas etapas tem gerado encontros com desenhos institucionais variados, cujo grau de formalismo e de complexidade cresce à medida que o processo avança em direção à



conferência nacional. Quanto mais abrangente territorialmente é a conferência, maior é a quantidade e a qualidade de regras que a estruturam.

## **Resultados e Efeitos**

### *Inclusão Política:*

A aprovação da Lei 8.142/90 democratizou a gestão da política de saúde no Brasil. As Conferências de Saúde, em conjunto com os Conselhos de Saúde, passaram a desempenhar papel decisivo na ampliação da participação popular na formulação, implementação e avaliação desta política no nível subnacional e nacional. De locus principal de negociações e de mediação de interesses setoriais, as conferências assumiram dois papéis institucionais fundamentais: elas se tornaram espaços de articulação, de fortalecimento e de integração de movimentos e grupos organizados da área e se constituíram arenas de interlocução de usuários e gestores públicos, sobretudo, no nível municipal. A realização de conferências no nível municipal e estadual, somado ao processo de municipalização da política de saúde, possibilitou a inclusão de representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – nos processos decisórios e sua aproximação política com os gestores públicos. [15]

### *Leis Baseadas em Decisões das Conferências:*

Além de promover inclusão política, as conferências de saúde tem influenciado, por meio das diretrizes nelas aprovadas, as decisões tomadas pelo Executivo e pelo Legislativo. Pela 8ª Conferência em 1986, o direito de todos à saúde pública e a constituição do Sistema Único de Saúde foram assegurados na Constituição Federal de 1988. A 10ª conferência impulsionou a edição da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que incentivou os municípios a assumir a gestão da rede de serviços locais de saúde e, no mesmo ano da 11ª conferência, foi promulgada a Emenda Constitucional 29, que definiu um patamar para aplicação de recursos públicos no financiamento das ações e serviços de saúde nos orçamentos da União, Estados e Municípios. [16]

Tal influência das diretrizes aprovadas nas conferências de saúde sobre as decisões do Executivo se observa, ademais, no nível estadual e municipal. As cinco conferências estaduais de saúde no Paraná, realizadas entre 1991 e 2002, avaliaram e produziram um diagnóstico da situação de saúde e dos serviços de saúde, que baseou as decisões tomadas pelos gestores ao longo do período. [17] De modo semelhante, as conferências de saúde realizadas em 16 municípios do Mato Grosso explicitaram as demandas sociais locais, embora tenham enfrentado dificuldade para apontar as prioridades da política. [18]

No âmbito do legislativo, o impacto das conferências de saúde também é significativo. Os relatórios finais, contendo as diretrizes aprovadas nas cinco conferências nacionais de saúde realizadas entre 1988 e 2009, ativaram e impulsionaram a atividade legislativa no Congresso Nacional. Tomando como



referência os projetos de lei e leis aprovadas nesse período, constata-se que cerca de 12% dos projetos de lei no Congresso apresentaram conteúdo semelhante ao de diretrizes aprovadas anteriormente em conferências nacionais. Quanto à legislação aprovada, 13,3% de todos os estatutos e emendas constitucionais promulgadas pelo Parlamento tratava de questões específicas deliberadas pelas conferências de saúde. [19]

Portanto, as conferências de saúde têm desempenhado importante papel enquanto espaços de inclusão política e de influência sobre o Executivo e o Legislativo a partir das propostas nelas aprovadas.

## **Análise**

O longo período de realização de conferências de saúde tornou-as um dos principais laboratórios de investigação e avaliação da participação social na gestão de uma política pública no Brasil. Um amplo e diversificado conjunto de investigações tem avaliado, criticamente, as redes de relações e as estruturas de relações sociais nelas existentes e os limites enfrentados por estes espaços para influir nas decisões tomadas pelo Executivo e pelo Legislativo. [20]

O modo como os atores sociais e estatais participam das conferências é afetado pelo desenho institucional que elas assumem. [21] No caso das conferências de saúde, as regras institucionais são definidas pelo Conselho de Saúde e refletem as relações de poder nesses espaços. Dependendo dessas relações e do desenho estabelecido, a participação de atores sociais e estatais nesses espaços será menos ou mais democrática e inclusiva.

Mesmo que as regras assegurem ampla participação, o simples fato da norma estar contida no RI não garante a participação de representantes de todos os segmentos da área nos encontros. O segmento de prestadores de serviço tem apresentado baixa participação em conferências, sobretudo, nas etapas preparatórias locais e distritais. [22]

Além disso, a garantia regimental de maioria de representantes da sociedade civil não assegura que esses atores sejam os principais formadores da agenda de discussões das conferências. A capacidade de influência dos diferentes atores sociais está relacionada com a configuração das relações sociais da área, em cada nível da federação, e das posições relativas que eles ocupam nessa configuração no momento de realização do encontro. O caráter eventual das conferências torna-as susceptíveis às mudanças gerais na política de saúde ou de orientação ideológica dos governos. As variações nas regras de funcionamento das conferências e as diferenças encontradas na comparação entre seus relatórios finais apontam para essa fragilidade. [23]

Somado aos limites inclusivos, as conferências de saúde enfrentam obstáculos para influenciar a política de saúde por meio das recomendações nelas aprovadas. A capacidade das mesmas de influir sobre as decisões do Executivo e do Legislativo é limitada e depende, em certa medida, da coalizão política no poder. Governos mais abertos à participação tendem a ser mais



responsivos às demandas sociais apresentadas em espaços participativos. [24] Isso se observa, inclusive, em relação ao Legislativo. O grau de influência das propostas aprovadas nas conferências de saúde sobre a produção legislativa entre 1988 e 2009 foi significativamente maior durante os dois mandatos de Luís Inácio Lula da Silva, em comparação aos governos anteriores.[25]

Disto se conclui que, não obstante aos avanços democráticos já alcançados pelas conferências de saúde, estes espaços ainda enfrentam limites políticos e institucionais que determinam as redes de relações e as estruturas de relações sociais em seu âmbito e a capacidade dos mesmos de influenciar as decisões tomadas pelo Executivo e Legislativo a partir das diretrizes neles aprovadas.

## Fontes Secundárias

Avritzer, Leonardo e Sousa, Clovis (2013). Conferências nacionais: atores dinâmicas participativas e efetividade. Brasília: IPEA.

Guizardi, Francini Lube, Pinheiro, Roseni, Mattos, Ruben Araujo, Santana, Ana Débora, Matta, Gustavo da, Gomes, Márcia Constância Pinto Aderne (2004). Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39.

Fleury, Sonia, Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) (2009). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves (2007). Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Fiocruz.

Petinelli, Viviane (2011). As Conferências Públicas Nacionais e a formação da agenda de políticas públicas do Governo Federal (2003-2010). *Opinião Pública*, Campinas, vol. 17, nº 1, Junho, p.228-250.

\_\_\_\_\_, Viviane (2013). Contexto Político, Natureza da Política, Organização da Sociedade Civil e Desenho Institucional: Alguns Condicionantes Da Efetividade Das Conferências Nacionais. Rio de Janeiro: IPEA.

## Links Externos

- Website do Ministério da Saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/>
- Website do Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br/>
- Website das Conferências de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html> e <http://conferenciasaude15.org.br/>





## Referências Bibliográficas

1. Sayd, Jane Dutra; Vieira Junior, Luiz; Velandia, Israel Cruz (1998). Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941 a 1992). Rio de Janeiro: Revista Saúde Coletiva, 14.
2. Ibid, 1998.
3. Cortes, Soraya Maria Vargas (2009). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, Sonia, Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) (2009). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes.
4. Ibid, 2009.
5. Brasil, Ministério da Saúde (1986). CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, p. 4.
6. Ibid, 1986, p. 5
7. Ibid, 1986, p. 8
8. Brasil, República Federativa do (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em 01 de Outubro, 2015.
9. Brasil, República Federativa do (1990). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em 22 de Outubro, 2015.
10. Brasil, República Federativa do (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em 01 de Outubro, 2015.
11. Faria, Cláudia Feres; Lins, Isabella Lourenço (2013). Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. In: Avritzer, Leonardo; Souza, Clóvis Henrique Leite. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. Brasília: Ipea.
12. Ibid, 2013, p. 79.
13. Ibid, 2013.
14. Ibid, 2013, p. 91.
15. Cortes, Soraya Maria Vargas (2002). **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde**. Sociologias, v. 7, p. 18-48.
16. Pinheiro, Marcelo Cardoso, Westphal, Márcia Faria, Akerman, Marco (2005). Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):449-458, mar-abr.



17. Carvalho, M (2004). O impacto das conferências de saúde na definição do financiamento do SUS no Paraná. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência da Saúde, UEL, Londrina.
18. Müller Neto, J.S.; Schader, F.T.; Pereira, M.J.V.S.; Nascimento, I.F.; Tavares, L.B.; Motta, A.P. (2006). Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. Saúde em Debate, v. 30, n. 73/74, p. 205-218.
19. Pogrebinski, Thamy and Santos, Fabiano (2010). Participation as Representation: The Impact of National Public Policy Conferences on the Brazilian Congress (2010). APSA 2010 Annual Meeting Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1643679>.
20. Cortes, Soraya Maria Vargas (2009). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, Sonia, Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) (2009). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes.
21. Avritzer, Leonardo (2009). Participatory Institutions in Democratic Brazil. Baltimore: John Hopkins University Press.
22. Faria, Cláudia Feres; LINS, Isabella L.; LOBÃO, Evelyn R.; CARDOSO, João Antônio P.; PETINELLI, Viviane (2012). Conferências Locais, Distritais e Municipais de Saúde: Mudança de Escala e formação de um Sistema Participativo, Representativo e Deliberativo de Políticas Públicas. IPEA, Texto para discussão 171x, Rio de Janeiro, Março.
23. Cortes, Soraya Maria Vargas (2009). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, Sonia, Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) (2009). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes.
24. Avritzer, Leonardo (2009). Participatory Institutions in Democratic Brazil. Baltimore: John Hopkins University Press.
25. Cortes, Soraya Maria Vargas (2009). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, Sonia, Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) (2009). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes.
26. Pogrebinski, Thamy and Santos, Fabiano (2010). Participation as Representation: The Impact of National Public Policy Conferences on the Brazilian Congress (2010). APSA 2010 Annual Meeting Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1643679>.