

O Desafio da Ocupação dos Novos Espaços Democráticos no Brasil:

o caso do Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho

Andrea Cornwall¹

Resumo

Os Conselhos de Saúde do Brasil são uma importante inovação democrática que oferece oportunidades inéditas para que aqueles que usam os serviços tenham voz nas deliberações sobre políticas de planejamento em saúde e para cobrar do governo a prestação dos serviços. Como “escolas de cidadania”, essas instituições têm potencial para democratizar as tomadas de decisão e ampliar o envolvimento público. Este texto trata das experiências das pessoas que participam em uma dessas instituições, o Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, em Pernambuco. Ao descrever as perspectivas de representantes de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sobre sua própria atuação no Conselho, assim como a de outros participantes, o artigo examina alguns dos desafios mais amplos para a democratização da governança do setor de saúde a partir desses Conselhos.

Palavras-chave: Democracia participativa. Conselhos de saúde. Cidadania. Participação.

¹ Pesquisadora do *Institute of Development Studies (IDS)* da Universidade de Sussex, no Reino Unido. Com formação em Antropologia Social, orienta o trabalho de investigação em torno de três áreas de interesse de pesquisa: – os sentidos e as práticas da cidadania e da democracia – poder e empoderamento; – direitos sexuais (a.cornwall@ids.ac.uk).

Abstract

Brazil's health councils are a significant democratic innovation. They provide unprecedented opportunities for those who use health services to have a say in deliberations over health policies and plans, and to hold government to account for delivering on services. As "schools for citizenship", these institutions hold the potential for democratizing decision-making and broadening public engagement. The focus of this article is on the experiences of those who take part in one of these institutions, the municipal health council of Cabo de Santo Agostinho in Pernambuco. Through an account of the perspectives of health managers, health workers and user representatives on their and others' participation in the council, the article considers some of the broader challenges of democratizing health sector governance through bodies such as these.

Keywords: Participatory democracy. Health councils. Citizenship. Participation.

Nas últimas décadas tem havido um interesse cada vez maior no potencial democratizante das instituições de governança participativa. Servindo como prova de fogo para a criação de novos sujeitos políticos, atribui-se à maior participação popular na governança um potencial para transformar a cultura política predominante, provocando mudanças de identificação nas pessoas, que passam de clientes e beneficiários de políticas públicas para cidadãos com direitos (Tatagiba, 2002; Cornwall, 2004). Esse tipo de governança é exaltado por seus defensores como forma de ampliar e aprofundar a democracia, pluralizando espaços e canais para a expressão dos cidadãos e criando novas conexões entre estes e o Estado (Avritzer, 2002; Cohn, 2003; Cornwall; Coelho, 2007). Ao colocar os cidadãos comuns e seus representantes em contato direto com quem planeja e administra os serviços, a participação cidadã pode servir para promover novas formas de comunicação, colaboração e entendimento (Cohen; Sabel, 1997; Goetz; Gaventa, 2001; Fung; Wright, 2003). Além disso, já se tornou praticamente uma ortodoxia no debate sobre desenvolvimento dizer que proporcionar aos cidadãos mais conhecimentos e informações, incluindo aí as que dizem respeito às despesas e orçamentos públicos, pode ajudar a criar governos com mais capacidade de resposta (Goetz; Gaventa, 2001).

A governança participativa, dessa perspectiva, é promissora, mas como a teoria se mostra na prática? Este artigo trata dos novos espaços democráticos criados para a governança dos serviços de saúde no Brasil, o sistema de conselhos de saúde, que cobre os três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Esses conselhos são especialmente interessantes do ponto de vista internacional, pois vão muito além do tipo de “participação convidada” (Cornwall, 2000), que é característica do envolvimento público em muitos países. São instituições com mandato e poderes garantidos por lei, em lugar de exercícios voluntários de relações públicas. Em nítido contraste com os mecanismos de fiscalização frágeis ou ausentes que caracterizam o envolvimento de usuários em diversos países, o simples fato de que a liberação de verbas federais

depende da aprovação de contas, orçamentos e planos pelo conselho de saúde lhes dá, em princípio, um poderoso instrumento para cobrar responsabilidades do governo.

A crescente literatura sobre os conselhos de saúde no Brasil pinta um quadro ambíguo sobre o sucesso dessas instituições na democratização da governança dos serviços de saúde, dando origem a quatro dilemas principais. O primeiro é o da autonomia, ou seja, até onde os conselhos são efetivamente capazes de cobrar responsabilidades de um Estado com o qual seus membros têm vínculos diversos e complexos (Hayes, 2004; Houtzager; Lavalley; Acharya, 2003). O segundo é o da representação, isto é, o quanto eles refletem verdadeiramente a diversidade de atores e interesses sociais (Tatagiba, 2002; Galvanezzi, 2003; Coelho; Veríssimo, 2004). E o terceiro é o das desigualdades de conhecimento e poder arraigadas entre representantes de cidadãos, profissionais da saúde e gestores públicos (Rodrigues dos Santos, 2000; Dal Poz; Pinheiro, 1998; Ávila Viana, 1998). O quarto dilema é definido pelas culturas políticas predominantes e pelos traços da cultura política autoritária e clientelista, altos níveis de burocratização e graus variados de organização cívica, que complicam a aspiração democrática de controle social (Schönleitner, 2004).

Poucos conselhos parecem ter adquirido independência dos interesses políticos estabelecidos e competência cidadã efetiva, em relação aos aspectos técnicos, gerenciais e financeiros do sistema de saúde, para servir como espaços verdadeiramente participativos. Este texto trata de um local em que o Conselho Municipal de Saúde parece ter adquirido um grau de funcionalidade e legitimidade para ser consideravelmente promissor em termos de cumprir esse potencial, Cabo de Santo Agostinho, em Pernambuco. Como microcosmo para outras tendências mais amplas na governança democrática, o Conselho oferecia um local especialmente interessante para explorar uma série de questões há muito presentes na literatura sobre democracia deliberativa e governança participativa (Habermas, 1996; Mansbridge, 1999; Warren, 2000; Abers,

2001; Baocchi, 2001; Heller, 2001; Avritzer, 2002; Fung; Wright, 2003; Gaventa, 2004). O artigo busca explorar as experiências dos representantes de usuários, profissionais e gestores de saúde no Conselho.² Que contribuições eles consideram que dão – e que os outros participantes dão – à democratização e à melhoria dos serviços de saúde da cidade? E que desafios identificam para atingir o potencial do Conselho de democratizar a governança dos serviços de saúde no Cabo? O artigo começa estabelecendo o contexto, com um histórico descritivo do desenvolvimento do conselho Municipal de saúde, passando a examinar o que os representantes dos três setores anteriormente citados têm a dizer sobre sua própria participação e o que consideram como desafios. Conclui com uma reflexão sobre o que os representantes nos dizem com relação aos desafios da democratização da governança no setor de saúde por meio de instituições de democracia participativa.

O Conselho de Saúde do Cabo

A cidade de Cabo de Santo Agostinho tem muitas características que são típicas do Nordeste brasileiro, como uma população majoritariamente urbana, níveis elevados de pobreza, violência e desemprego, bem como uma mistura de doenças infecciosas e desnutrição associadas à privação e às doenças crônico-degenerativas, típicas das sociedades ur-

² Este artigo se fundamenta em pesquisa iniciada em 2004 que contou com a colaboração de Sílvia Cordeiro e Nelson Giordano Delgado, e se baseia em 45 entrevistas conduzidas entre 2004 e 2007, incluindo membros atuais e antigos do conselho, gestores de serviços de saúde e profissionais, observação participante em diversas reuniões do conselho de saúde no período entre 2004 e 2007, atas das reuniões do conselho e outros documentos variados relacionados ao trabalho do órgão. A autora agradece profundamente a Sílvia Cordeiro por tudo o que aprendeu com ela e pelo apoio que ela e o Centro das Mulheres do Cabo lhe deram, bem como a Nelson Giordano Delgado. Agradece da mesma forma aos membros do Conselho de Saúde do Cabo, no passado e no presente, por toda a sua colaboração. Obrigado também a Surama Lins pela ajuda na marcação das entrevistas e pelas muitas discussões sobre os destinos do Conselho. Muitos agradecimentos a Alex Shankland, Mark Robinson, Vera Schattan Coelho e David Kahane por seus comentários sobre uma versão anterior deste artigo. A pesquisa que deu origem a este trabalho foi financiada pelo *Department for International Development* do Reino Unido, por meio de fundos concedidos a um projeto de pesquisa-ação conjunto, coordenado pela *ActionAid Brasil* e pelo *Citizenship Development Research Centre*, no IDS, e um versão anterior foi publicado em Inglês em *Spaces for Change? The Politics of Participation in New Democratic Arenas* (Cornwall and Coelho, 2007).

banas modernas. Como município de porte médio, de menos de 150.000 habitantes, cuja maioria mora no centro urbano, Cabo de Santo Agostinho apresenta igualmente algumas características políticas pouco comuns: um histórico de mobilização dos movimentos sociais por recursos e reconhecimento e de episódios de governança progressista que antecedem o final da ditadura.

Após a legislação de 1990, que determinou a criação de conselhos de saúde em todos os níveis de governo em todo o país, Cabo havia chegado a instituir um conselho quando, em 1994, o Partido da Frente Liberal (PFL) venceu as eleições municipais. O incipiente órgão rapidamente foi atingido por interesses políticos estabelecidos dentro do governo, os quais, segundo os relatos, preencheram suas vagas com pessoas que concordariam com qualquer coisa que o governo planejasse fazer, sem muitas perguntas. Por quatro anos, o Conselho foi um “espaço ausente” (Mohanty, 2007) para o envolvimento da sociedade civil no controle social. No último ano da administração formou-se uma frente popular que reunia a igreja, os sindicatos, os movimentos de mulheres e outros movimentos sociais, que canalizavam demandas pela democratização dos espaços políticos que haviam se tornado fechados (Cordeiro; Cornwall; Delgado, 2004). Com o advento de uma nova administração, em 1997, tendo à frente Elias Gomes, do Partido Popular Socialista (PPS), muita coisa iria mudar.

Gomes trouxe para sua equipe Cláudio Duarte, até então secretário de Atenção Básica de Pernambuco, veterano do movimento de reforma da saúde, o chamado movimento sanitário. O grau de coordenação entre importantes atores da sociedade civil no município, nascido da luta pela democratização das instituições públicas nos anos do PFL, contribuiu para o avanço do projeto para reanimar o Conselho, com o qual Duarte estava comprometido. Muitos dos envolvidos no Conselho desde o final da década de 90 até 2003 eram importantes líderes locais, de organizações com presença dentro do município. Sem dúvida, a mais

importante era Silvia Cordeiro, líder da ONG feminista Centro das Mulheres do Cabo, há muito estabelecida. Médica compromissada com a igualdade na saúde e a democracia participativa e uma história no movimento sanitarista, Silvia foi eleita presidente do Conselho em 2000, uma das primeiras pessoas oriundas da sociedade civil a ocupar a presidência em todo o país.

Durante o mandato de Silvia Cordeiro o Conselho passou por um intenso processo de estabelecimento de institucionalidade. As regras internas foram cuidadosamente construídas, servindo-se de diretrizes existentes e as ampliando. Foram criados comitês encarregados de diversas responsabilidades. Uma das reformas mais importantes foi a das regras de representação, que buscaram maximizar a diversidade dentro do Conselho e, com ela, o pluralismo e seu potencial democratizante. Houve algum grau de sucesso: uma mescla de movimentos sociais, ONGs e associações de bairro, uma faixa etária entre 20 e 60 anos, números mais ou menos iguais de homens e mulheres e diversidade racial que refletia a da população. As mudanças nessas regras e nas formas de eleição de candidatos em 2005 resultaram na perda quase total da diversidade: em 2007 foi eleito um grupo composto principalmente por homens de mais de 40 anos, com muito pouca diversidade racial.

Cláudio Duarte permaneceu no Cabo por pouco mais de um ano, tempo suficiente para estabelecer e estruturar uma secretaria para o Conselho, e seus sucessores contribuíram em diferentes medidas para o desenvolvimento do órgão. Ele desencadeou uma série de reformas na prestação de serviços de saúde, das quais a mais importante foi a introdução do Programa Saúde da Família (PSF, que depois passaria a se chamar Saúde em Casa), sem dúvida uma grande melhoria nos resultados de saúde no município, incluindo a redução impressionante de três vezes nas taxas de mortalidade infantil em menos de dez anos. O PSF trouxe

consigo um novo tipo de profissional, os agentes comunitários de saúde, e vínculos muito mais próximos entre outros profissionais médicos e as realidades cotidianas de seus pacientes. Isso, como se constata pelas descrições de profissionais de saúde neste artigo, tem alguma importância para o controle social, bem como para a melhoria na qualidade dos serviços e sua capacidade de resposta.

As atividades do dia-a-dia do Conselho de Saúde vão das apresentações feitas pelas organizações que prestam serviços até a discussão de casos específicos relatados pelos usuários acerca da prestação dos serviços, passando por informar-se sobre os planos da Secretaria Municipal de Saúde. As reuniões duram cerca de três horas e ocorrem mensalmente. Há pouca deliberação, no sentido habermasiano do termo, sobre questões relacionadas a políticas de saúde. O planejamento da saúde é feito pelo governo, sem nenhuma tentativa de envolver os membros do Conselho em sua formulação, e os planos são apresentados ao Conselho para aprovação, junto com a prestação de contas periódica. As atas das reuniões e a observação participante revelaram ocorrência de debates acalorados sobre procedimentos entre usuários dos serviços, representantes dos profissionais e o secretário de Saúde.

Perspectivas sobre participação

Qual o significado de “participação” para os membros do Conselho de Saúde em 2003? O que significava para eles fazer parte do Conselho, como pessoas, como profissionais e como atores políticos? E, a partir da diversidade de suas origens, paixões e posicionamentos, como eles compreendiam o potencial do organismo como instituição de governança participativa? A seguir, reflito sobre as perspectivas de envolvimento dos três segmentos: os usuários, os profissionais e os gestores dos serviços de saúde.

Os usuários dos serviços de saúde

Uma mescla de missões, pessoais e políticas, levava os representantes dos usuários ao Conselho. Alguns eram experientes atores sociais, com um passado nos movimentos sociais, forte ligação com partidos de esquerda e experiência na mobilização comunitária. É desses atores que se espera a ampliação de suas tentativas de influenciar a política local em instituições participativas dessa natureza, e eles eram visivelmente mais eloqüentes nos debates do conselho. Outros eram totalmente novos nesta arena e tinham se envolvido motivados por experiências pessoais com o sistema de saúde que os deixaram revoltados e fizeram com que se interessassem pelo tema, ou pela busca de oportunidades de carreira e de novas experiências, pelo desejo de garantir apoio financeiro contínuo para suas organizações por parte do governo municipal ou, ainda, na expectativa de fazer o bem para suas comunidades. Outros entraram no Conselho representando organizações que já tinham tido representantes, dando continuidade ao trabalho realizado por um líder mais experiente.

A maioria das organizações representadas no Conselho tinha algum tipo de ligação com o governo municipal (cf. Houtzager; Gurza; Lavalle; Acharya, 2003). Muitas associações de bairro foram criadas em meados dos anos 80, durante uma administração progressista, no final da ditadura militar, e recebiam subvenções do governo municipal para suas atividades; várias outras organizações, a maioria das quais nascida no final da década de 90, tinham convênios com o governo. Essas ligações motivaram o engajamento, além de gerar um desafio à autonomia dessas organizações (e do próprio Conselho) em relação ao governo municipal. Como acusou uma ativista comunitária: “Os que não concordam são os que hoje estão sem subvenções”.

As definições do objetivo do Conselho dadas pelos representantes dos usuários dos serviços de saúde variaram de cobrar responsabilidades do Estado e fiscalizar o direito à saúde até os que concebiam um

papel mais amplo para o Conselho na definição das políticas públicas, no desenvolvimento de projetos e no engajamento da comunidade na melhoria dos serviços (Cordeiro et al., 2004). Esses objetivos diferentes evocam alguns dos paradoxos do engajamento da sociedade civil nas instituições participativas e as tensões entre a relação de colaboração com as autoridades, que pode ser necessária para facilitar a participação popular na definição das políticas de saúde e no desenvolvimento de projetos em parceria, e o distanciamento necessário para a fiscalização. Compreensões distintas sobre os objetivos do Conselho também formam as percepções a respeito de como deve ser o dia-a-dia do órgão. Para os que se preocupam com a fiscalização de responsabilidades, o tempo que se passa atormentando o governo sobre questões ligadas aos gastos é tempo bem-gasto. Para os ansiosos por discussões sobre as prioridades estratégicas da saúde, havia um certo grau de frustração ao longo da mudança sofrida pelo Conselho nos últimos tempos.

No plano pessoal, o que a participação no Conselho significava para os representantes dos usuários? Tanto para os ativistas com anos de experiência quanto para os novatos nesse tipo de envolvimento, a participação costumava ser descrita em termos de crescimento, de adquirir experiências que nunca teriam de outra forma, ou seja, oportunidade para viajar além das fronteiras do município e do Estado, interagir com outras pessoas, ouvir como as coisas estavam sendo feitas em outras partes do país, ampliar horizontes, fazer cursos, aprender coisas que nunca haviam imaginado compreender, adquirir conhecimentos, habilidades e visão que poderiam utilizar para si e para suas comunidades. Havia, no entanto, certos posicionamentos céticos acerca da participação de alguns dos colegas usuários dos serviços de saúde. Entre os mais eloqüentes e os mais reservados, havia os que eram vistos usando o Conselho como trampolim para outras oportunidades, a saber, cargos no governo municipal, vagas de vereador, maior destaque, financiamento e prestígio para suas próprias organizações.

Muitos representantes dos usuários se consideravam intermediários. Segundo uma representante de associação de bairro, uma bibliotecária que passou a se envolver com as políticas de saúde ao se indignar com o tratamento recebido por sua filha quando esta adoeceu, os representantes dos usuários defendiam aqueles que talvez conhecessem seus direitos, mas que não tinham coragem, confiança ou conhecimento para expressar suas reivindicações. Ela falou sobre o medo que as pessoas têm de não falar corretamente e de ser ignoradas, de aparecer com roupas velhas e de ter as portas fechadas, e também da necessidade de pessoas como ela saírem às ruas para convencer os outros de que “podem erguer a cabeça, porque também têm os mesmos direitos”.

Para outros representantes de associações de bairro, o fato de estar no Conselho possibilitava a intermediação de informações sobre novos programas ou projetos que poderiam beneficiar suas comunidades, bem como permitia que eles levassem as experiências e as demandas das suas comunidades ao conhecimento das autoridades. Nesse papel de intermediários, as responsabilidades dos conselheiros da saúde são semelhantes às dos vereadores, e eles têm a possibilidade de dificultar que políticos clientelistas afirmem ter garantido pessoalmente a melhoria da saúde na localidade e a usem como um favor. Um representante da igreja católica radical, com muitos anos de envolvimento em ativismo em bairros, descreveu o quanto pessoas como ele estavam mais próximas das comunidades e falou do papel que poderia desempenhar na mudança da cultura política no âmbito local, ao fazer com que as pessoas percebam que “a saúde é um direito, não um favor”. Ecoando a visão de Cohen e Sabel (1997) acerca da “poliarquia deliberativa direta”, ele também definiu o Conselho como um espaço para pessoas como ele levarem o conhecimento sobre o que se estava falando nas ruas e as experiências com os serviços de saúde precários diretamente para o âmbito dos responsáveis por sua prestação.

Entre os que têm experiência com ativismo em movimentos sociais, o Conselho foi retratado como um espaço para democracia (uma “escola de cidadania”, nas palavras de um deles) que deveria corporificar e promover práticas novas e diferentes daquelas autoritárias e clientelistas que caracterizavam a política em outros espaços. Eles usaram a linguagem da cidadania para falar da obrigação do Estado de atender os direitos sociais. Sua visão sobre o Conselho era a de um espaço para estimular novas expressões de cidadania que pudessem chegar a toda sociedade, uma narrativa que tem sido promovida pelos movimentos sociais brasileiros na era pós-ditadura (Dagnino, 2005). A cidadania também incluía, para eles, um sentido de indignação contra a falta de respeito aos seus direitos por parte do governo. “Nós todos somos cidadãos”, disse um representante dos usuários dos serviços de saúde, “mas o governo municipal não respeita isso. Veja as filas nas clínicas, a falta de remédios, de médicos. Nós merecemos mais do que isso”.

A maioria dos representantes dos usuários dos serviços de saúde era filiada a partidos políticos de esquerda, predominantemente o PT. Os atritos dentro do Conselho eram quase sempre atribuídos ao que as pessoas chamavam de “partidarização” dos debates. Para os militantes dos partidos o Conselho era, em muitos aspectos, uma extensão de outros espaços políticos disponíveis. Eles levavam para as reuniões não apenas posições políticas – tal como a oposição à terceirização de serviços, que unia usuários, profissionais da saúde e gestores dos serviços (Cordeiro et al., 2004) –, mas também posturas políticas e condutas aprendidas em reuniões partidárias. Um ativista de partido, que esteve envolvido com o Conselho desde o início, alternando-se como representante e membro do público, falou do prazer que experimentava ao enfrentar diretamente o governo para denunciar a injustiça e as práticas antidemocráticas, usando táticas e um estilo político aprendido no partido. Para ele, o Conselho era um espaço político mais produtivo do que a política formal: “Eu nunca queria ser vereador”, afirmava, “eu sou daqui”. Enérgico na promoção dos conselhos locais de saúde, ele esboçou uma visão sobre as

instituições democráticas semeadas em vários locais que ampliaram o escopo e o alcance da política ao gerar líderes novos e mais bem qualificados no âmbito local, criando ondas “didáticas” que começam nesse nível e são levadas para os âmbitos municipal, estadual e federal, criando um sistema político novo e mais justo.

Em outras visões sobre o papel do Conselho, surgiram continuidades com a arena política formal. Elas apareceram em críticas contra os gestores da saúde que viam o Conselho apenas como uma extensão do Executivo, e essas continuidades eram fundamentais para a perspectiva do presidente do Conselho, que o descreveu como uma “instância do governo... que existe para contribuir com o governo”. O estilo de envolvimento dele, assimilado durante horas assistindo os vereadores se enfrentarem na Câmara Municipal, era o de questionar insistentemente, pressionando e cobrando dos representantes do governo suas responsabilidades. Com o uso recorrente da lei e um gosto pela política formal que o levou a uma infrutífera tentativa de se eleger vereador, sua visão sobre o Conselho era menos de um local onde normas e regras novas eram deliberadas e mais de uma instituição encarregada de assegurá-las e cobrá-las. Uma pilha de cartas nos arquivos do Conselho exigindo informações e o acompanhamento das ações prometidas atestavam a seriedade com que ele exercia seu dever.

Desse relato surgem visões contraditórias sobre os objetivos do Conselho e uma complexa mistura de motivações, expectativas e compreensões acerca do que significa ser um “representante dos usuários dos serviços de saúde”. Como afirma Morita (2002), embora os gestores de saúde possam considerar a categoria de usuário como um “eles” indiferenciado, ela comporta uma considerável diversidade. Redes, lealdades e identificações abarcam os diferentes segmentos do Conselho, gerando potencial para conflito e para colaboração. Três preocupações dos usuários dos serviços de saúde apareceram nas análises sobre as falhas do Conselho: a evidente politização do órgão, sua falta de independência efetiva (tanto devido à falta de recursos como também pela de-

pendência financeira e de emprego de muitos dos membros em relação ao governo municipal) e a diferença entre o que os gestores dizem sobre participação e o que eles realmente fazem. Como refletiu um dirigente de ONG, com anos de experiência no trabalho de base: “No espaço do Conselho, o governo escuta e os conselheiros crescem como cidadãos, mas, para isso, os conselheiros precisam ser escutados e respeitados pelo governo municipal.” É isso, segundo ele, que representa o maior empecilho ao papel do Conselho de facilitar o controle social.

Os Profissionais da Saúde

Um quarto das vagas no Conselho é alocado aos profissionais, que também são selecionados na Conferência Municipal de Saúde. Como observou uma médica de atenção básica com anos de experiência no Cabo e uma história política no PT, os profissionais da saúde compõem um grupo muito heterogêneo e difícil de mobilizar, em parte devido à natureza hierárquica do sistema de saúde e à natureza dos contratos de trabalho. Muitos deles são empregados temporários e, temendo a demissão por se expressarem, sentem muita necessidade de ser “diplomáticos”, como explicou um deles.

Os profissionais da saúde ocupam posições que muitos deles reconhecem ser ambíguas. Eles podem ser considerados pelos burocratas da saúde e pelos cidadãos como parte do governo, ao qual se espera que demonstrem lealdade. Como profissionais de linha de frente – médicos em clínicas comunitárias, auxiliares de enfermagem e profissionais da saúde comunitária –, no entanto, eles observam em primeira mão algumas das deficiências do sistema de saúde e têm outras lealdades com os pacientes e com as comunidades em que trabalham. E, como destacou uma auxiliar de enfermagem, também são cidadãos e são capazes de ter suas próprias opiniões independentes: “Como eu expliquei uma vez aqui no Conselho, o que cada um pensa pertence a si próprio; não é o governo que nos ensina a pensar”.

Como referido anteriormente, a instituição de um programa de atenção básica, o Programa Saúde da Família, levou ao recrutamento de centenas de agentes de saúde oriundos das comunidades em que estão inseridos, e realizou o monitoramento da saúde dos domicílios em cada área, introduzindo as medidas de saúde preventivas e encaminhando os pacientes às clínicas, caso a doença se desenvolvesse. Como descreve Tandler (1997), referindo-se ao Estado do Ceará, esses trabalhadores da saúde comunitária têm um compromisso com a saúde das suas comunidades e um relacionamento de confiança com elas, os quais criam pressões internas para a transparência e uma sensação de orgulho por suas conquistas. No Cabo, esse orgulho e o compromisso que ele gera são nítidos.

Uma jovem profissional de saúde comunitária falou com entusiasmo sobre o quanto o seu envolvimento no Conselho era importante para ela. Considerava sua participação como uma forma de valorizar o trabalho dos profissionais de saúde comunitária. Para ela, o Conselho era fundamental para o controle social efetivo, algo com o qual ela tinha um compromisso político, como ativista do PT. Também era um espaço para o qual ela podia levar sua paixão pela política. Ela me disse:

Eu participo dessa forma desde que eu tinha 12 anos. Nunca gostei de brincar de boneca; eu queria me envolver nesse tipo de discussão. A minha filha, que tem 5 anos, também é assim. Ela faz panfletagem comigo, sabe o que é uma greve, e prefere conversar com adultos do que brincar de boneca.

Para outra jovem profissional de saúde comunitária, o início do envolvimento aconteceu em uma pré-conferência na sua localidade e lhe deu não apenas gosto pela participação, mas também confiança para chegar ao âmbito municipal. O que ela mais valoriza no Conselho de Saúde é que ele proporcionou, em suas palavras, a oportunidade de juntar “mundos diferentes”, e deu aos profissionais da saúde, bem como aos demais cidadãos, uma idéia sobre o comportamento dos gestores da saúde.

de. Também foi a experiência de participação em âmbito local, em um dos Conselhos de Saúde mais bem-sucedidos, que levou uma outra representante dos profissionais da saúde, auxiliar de enfermagem, ao Conselho de Saúde. Ela falou da alegria de ter participado de uma mobilização bem-sucedida, junto com a comunidade, para levar demandas ao governo municipal sobre a coleta de lixo, e da oportunidade de atuar como intermediária entre a comunidade a que ela servia e os poderes existentes. Ela se orgulha bastante de ser alguém com quem a sua comunidade pode contar. Para ela,

... nós aprendemos, discutimos, crescemos como *peessoa* – não só como profissionais, mas como pessoas – e no caso dos representantes dos usuários, eles repassaram isso para as comunidades. Quando alguém vier reclamar de algum serviço, eles vão saber como explicar aquele serviço.

Com uma dedicação marcante, os profissionais da saúde de nível mais baixo, que não perdem uma reunião e participam ativamente em subcomitês, costumavam ser mais reservados nas reuniões do Conselho. As hierarquias dos serviços de saúde eram ratificadas rapidamente nesses espaços, menos em função da natureza técnica das questões em discussão e mais das desigualdades na posição de poder dos representantes desse setor e da insegurança do trabalho contratado. Para muitos profissionais e usuários dos serviços de saúde, um dos maiores desafios que o Conselho enfrentava era a atitude e o comportamento dos gestores. Na análise da médica de atenção básica citada anteriormente, a raiz do problema estava no fato de que os gestores tinham dificuldade de se enxergar como parceiros do Conselho: “Eles chegam lá com uma postura de chefes, de gestores, e não como conselheiros”. O que é preciso, disse ela, é que eles comecem a compartilhar os problemas e a trabalhar em conjunto com os conselheiros para encontrar soluções: “Eles tratam o Conselho como se não soubessem de nada”. Segundo ela, eles estão perdendo uma oportunidade, uma vez que o Conselho poderia ser uma

ajuda ao invés de um obstáculo, servindo ainda como um intermediário, ou seja, defendendo os gestores da saúde nas comunidades e perante as autoridades municipais.

Os profissionais da saúde ocupam diversas posições de sujeito, identificando-se como cidadãos, como membros das comunidades, igrejas e partidos políticos, como trabalhadores e profissionais. Isso aumenta a complexidade em termos de posições e de lealdades. Presenciei várias ocasiões em que pequenos grupos de profissionais da saúde e de usuários, ligados por filiação partidária ou por um compromisso comum em torno de alguma questão de políticas ou procedimentos, traçavam estratégias conjuntas fora das reuniões. Como profissionais, no entanto, eles também se sentiam frustrados por conta das reclamações e demandas dos usuários dos serviços, pois conheciam perfeitamente o grau de limitação dos recursos de que eles e seus colegas dispunham. Os profissionais da saúde, bem como os usuários, discorreram sobre como tinham se desenvolvido com as oportunidades de obter novos conhecimentos, ampliar horizontes e estender suas redes de contatos com o envolvimento nos conselhos. O papel de intermediários e as repercussões profissionais e pessoais por fazer parte do Conselho merecem mais atenção do que a que foi dada até o momento.

Os Gestores

Diferentemente dos outros membros do Conselho, os representantes do governo ocupam vagas em função dos cargos que detêm. Os gestores dos serviços de saúde são nomeações políticas, que chegam a esses cargos com valores formados por sua filiação partidária, bem como por sua formação profissional, como os médicos, e são muito cientes dos resultados políticos de não melhorar os serviços de saúde. Os representantes do governo municipal no Conselho ocupam cargos de comando no serviço de saúde local: o diretor do maior hospital municipal, o diretor do

programa de atenção básica, o diretor de Saúde Pública e o secretário Municipal de Saúde. Eles são, com efeito, os mais altos funcionários que o município tem a oferecer, e há disparidades agudas de conhecimento e poder entre eles, bem como entre eles e a maioria dos outros conselheiros.

Como esses funcionários vêem a participação popular nos conselhos? Como vêem seus próprios papéis na promoção do engajamento cívico e na facilitação do controle social? Vários gestores da saúde em cargos importantes que entrevistei haviam sido ativistas estudantis no movimento sanitarista, e a paixão que essa atividade lhes deu pela participação popular se refletia em suas descrições do Conselho como um espaço político, bem como de gestão. As suas intervenções eram visivelmente mais politizadas do que as dos profissionais da saúde ou as dos representantes dos usuários, revelando, em termos muitas vezes eloqüentes, o compromisso ideológico de controle social. Eles consideravam a presença de burocratas importantes no Conselho como algo essencial para a viabilidade, e o envolvimento com os movimentos sociais como vital para sua legitimidade. Nas palavras do secretário Municipal de Saúde:

A orientação deste governo é de que é necessário escutar a população, os movimentos sociais, e que eles são a fonte de orientação sobre como as políticas de saúde devem ser implantadas e implementadas... Se você não tem o governo para discutir, você não tem poder de decisão, não tem influência junto ao governo.

Refletindo sobre o que era necessário para tornar os conselhos instituições viáveis de controle social, Cláudio Duarte – que, como observei anteriormente, havia cumprido um papel vital na regeneração do Conselho de Saúde e ao lhe dar um pouco da funcionalidade, como secretário Municipal de Saúde do Cabo no final da década de 90 – identificou diversos fatores. Dentre eles a importância do reconhecimento explícito, por parte do governo municipal, da importância do Conselho, sustentado com recursos materiais, incluindo o fornecimento da infra-

estrutura; um estilo de gestão “no qual a informação esteja sempre disponível para os conselheiros, mesmo que ela seja de caráter técnico e que possa não ser compreendida”, e reuniões regulares com a presença de funcionários do governo local que sinalizassem o desejo de atuar a partir das decisões do Conselho. Ele considerou essencial a existência de procedimentos claros para regulamentar a representação e a condução das reuniões. Para serem eficazes nesse espaço, afirmava ele, os representantes dos usuários precisam receber formação.

Para Duarte, o Conselho é um espaço em que a “convivência construtiva” poderia ser alcançada por meio da transparência e do compromisso por parte dos representantes do governo, que poderiam convencer os cidadãos de sua seriedade. Ele também estava bastante ciente dos efeitos prejudiciais da cultura política residual e das tensões entre gestores e cidadãos sobre as possibilidades de o Conselho tomar decisões relativas a questões que os gestores acreditavam estar sob sua jurisdição. Ele referiu-se à importância de aprender com a experiência, dos intercâmbios de conhecimento e de experiências entre os conselheiros e das conferências municipais de saúde como “momentos educativos”. Além disso, falou da necessidade de se compreender os conselhos no tempo, como instituições nascentes, nas quais novas formas de liderança e novas práticas democráticas estão surgindo, por meio de processos que começaram a mudar a cultura burocrática residual, de clientelismo e autoritarismo no governo local.

Os sucessores de Duarte foram descritos pelos usuários dos serviços de saúde como menos capazes de fazer com que se cumprisse a promessa de participação popular. Um deles, Rivanildo Santana, no entanto, foi descrito como “inspirador”. Eu o procurei em uma movimentada maternidade de Recife. Fazendo eco às declarações de Duarte sobre a importância da participação popular, ele enfatizou que o Conselho deveria passar a ser visto não como parte do governo, mas como uma instituição em si, ou seja, um *parceiro*. Para atingir essa independência o Conse-

lho precisaria de algumas condições institucionais que garantam a continuidade: serviço de secretaria, arquivos, um computador para registrar as organizações, um local próprio para reuniões. Também é preciso que o Conselho sirva como um espaço para gerar novos líderes que, com o tempo, venham a assegurar a independência do órgão. Para isso, a Conferência Municipal de Saúde é essencial: “Eu adoro as conferências, porque é lá que surgem novos líderes, novas caras”. Ele reconheceu que o grau de relutância do governo em abdicar do controle sobre as tomadas de decisão limita o alcance do Conselho:

O Conselho é definido como uma instituição consultiva e deliberativa. Na minha experiência, o Conselho não tem sido muito deliberativo ... às vezes ele deixa de ser deliberativo porque as decisões já foram tomadas e a instituição que tem poder quer executá-las.

Segundo os gestores de alto nível hierárquico que participaram do Conselho no período de 2003 a 2005, ou que foram convocados para suas reuniões, o controle social oferece um canal de contato com a comunidade. Um deles falou sobre como os conselhos representam uma oportunidade para o governo aprender a partir da “inteligência coletiva da sociedade”, ao juntar visões diferentes sobre como os serviços podem ser instituídos e gerenciados: “É uma oportunidade para as pessoas crescerem, para aprofundar a democracia, estimular o debate nesta cidade, onde temos tanta diversidade”. A motivação dos cidadãos para participar originava-se, na opinião de outro gestor, do relacionamento que as pessoas têm com a saúde, como algo que “desperta paixões e polêmicas porque toca na própria pele, na sensibilidade e na dor das pessoas”, o que ajuda na organização e na motivação popular, e, por conseguinte, cria “uma consciência de que são cidadãos”. Apesar da dificuldade de estar do lado que recebe as demandas e reclamações, todos reconheceram a importância vital do Conselho para o cumprimento da promessa de controle social e para a melhoria dos serviços de saúde.

As questões relacionadas à representação estiveram presentes nas narrativas dos gestores. Duas preocupações prevaleceram: até que ponto o Conselho estava criando uma geração de líderes que se comportavam como parlamentares eleitos e buscavam garantir sua posição, diminuindo os efeitos democratizantes da renovação constante e da capacitação dos representantes dos usuários, e a fragilidade do relacionamento entre quem fala em nome das comunidades e aqueles a quem eles supostamente servem, o que faz com que não haja divulgação das informações sobre programas e políticas e facilitação da discussão no âmbito das comunidades sobre prioridades e preocupações ligadas à saúde. Um gestor de alto nível fez o seguinte comentário:

Me preocupa o fato de algumas pessoas se tornarem militantes e sempre sejam os representantes da organização e da comunidade. Elas chegam para desempenhar um papel, um perfil, uma personalidade, parecendo que dominam a situação e não respondem às suas bases. Depois tem o problema da não renovação da representação no Conselho. Isso também é algo que a formação deveria abordar.

Para os gestores, a resposta sempre está na capacitação, no entanto a receita não é tão simples. A formação é muito importante, afirmou um gestor da saúde, mas o Conselho está constantemente mudando: pessoas novas chegam para substituir aquelas que foram excluídas por não comparecerem às reuniões, ou novos líderes das associações, “e aí você volta à estaca zero”. Limitados pela disponibilidade de tempo e de recursos financeiros, os treinamentos e cursos muito concentrados tendem a se voltar para as prioridades mais importantes: a compreensão dos orçamentos e contas e a obtenção de um conhecimento elementar acerca do sistema de saúde.

Os relatos dos gestores revelam uma tensão entre suas visões politizadas sobre saúde pública e as realidades que os usuários têm de enfrentar. Um outro gestor de alto nível observou como os representan-

tes dos usuários tendiam a ser desorganizados e mal-informados e como a falta de conhecimento e as preocupações provincianas prejudicavam as questões reais: o gerenciamento de um sistema de saúde eficiente. Também existe, contudo, o reconhecimento de que as mudanças necessárias são mais profundas do que o simples fornecimento de informações aos usuários sobre como funciona o sistema de saúde, conforme destacou uma outra gestora com importante posição:

Mudar comportamentos não é simples, fácil e linear. Implica processos, que avançam e recuam... não se pode mudar o comportamento de uma pessoa só com informação, apenas levantando questões que podem ajudar na conscientização... e não é somente através de processos conscientes, educativos, mas, em muitos casos, através de processos que podem ser sofridos, que afetam a própria sensibilidade das pessoas.

O desafio de orientar e informar os usuários é enorme, ela afirmou, não apenas acerca de seu papel no controle social, mas também de como desempenhá-lo efetivamente. É muito fácil ficar apenas no básico, sem discutir temas estratégicos que podem melhorar o sistema de saúde. Ela usou como exemplo o fato de que as prestações de contas municipais dominaram os debates nas reuniões do último ano.

Junto com o reconhecimento de que o Conselho alcançou uma certa maturidade, também existe um grau de ambivalência entre eles acerca do quanto ainda se pode evoluir. Pressionados pela necessidade de fazer com que os planos e os orçamentos passem pelo sistema o mais rápido possível, eles estavam totalmente cientes da tensão entre eficiência e deliberação inclusiva (Warren, 2000). Como foi observado por muitos deles, se os gestores respondessem apenas às demandas dos usuários da saúde, a agenda na busca da melhoria da saúde por meio da extensão dos serviços preventivos poderia muito bem se esgotar. Existe uma tensão real sobre até onde deveriam ser estabelecidos os limites da especialização adequada. Para os cidadãos, no entanto, ouvir que existem certos

assuntos complexos que eles não conseguiriam entender e que há decisões técnicas que precisam ser tomadas só faz reafirmar a suspeita de que os gestores não desejam abrir mão do controle. Eu presenciei tal situação em uma reunião do Conselho de Saúde. Um gestor sênior comentou que a questão em debate era de caráter técnico e que, por isso, não a levaria para debate. Um conselheiro começou a falar: “Faça um teste, você pode se surpreender... e se a gente não entender, encontraremos alguém para nos ensinar para que possamos compreender”.

O compromisso ideológico dos gestores da saúde com o controle social não combina com a postura defensiva que eu presenciei nas reuniões, ao se depararem com usuários indignados e com as reclamações de que os gestores estavam recorrendo ao obscurecimento técnico, deixando de dar informações adequadas e retendo recursos necessários para o funcionamento do Conselho. Apesar de todos os gestores enfatizarem a importância do acesso à informação e ao material de apoio, muitas vezes as propostas eram aprovadas às pressas para cumprir os prazos federais, sobrando pouco tempo para o debate, apesar de o Conselho solicitar, em várias ocasiões, reuniões extraordinárias para discussão mais profunda. E, embora houvesse um orçamento específico para o Conselho, o fato de o secretário de Saúde controlar o dinheiro, podendo conceder ou negar as solicitações de viagens e de material, e também a exigência de uma burocracia para acesso ao orçamento, limitavam a independência do Conselho.

Conclusão

As perspectivas dos usuários de serviços de saúde do Cabo, profissionais de saúde e gestores do setor oferecem uma série de idéias importantes sobre a prática da governança participativa. Uma é a importância das mudanças pessoais que vários representantes de usuários e profissionais comentaram, as quais eu também passei a observar com o tempo. Os

que entraram no Conselho com muito pouca idéia sobre o que este órgão deveria fazer, quase nenhum conhecimento sobre o sistema de saúde, de orçamentos, planos e contas, ou de como melhor apresentar um argumento ou evidência das autoridades às pessoas – incluindo alguns dos mais importantes funcionários indicados pelo município – terminaram seus dois anos de mandato tendo assistido a outros fazendo essas coisas, mesmo que ainda fossem relutantes em expressar suas próprias vozes. Junto com habilidades, informações e confiança, o Conselho ofereceu oportunidades a muitos trabalhadores de nível hierárquico inferior e usuários para que ampliassem redes e conexões dentro do município e além dele, o que, para alguns, levou-os a conseguir empregos ou serem promovidos, bem como a terem novas experiências que os enriqueceram pessoal e profissionalmente.

Qual foi a eficácia do Conselho, no entanto, na garantia de que planos e políticas tratassem das prioridades dos cidadãos da cidade e cobrassem responsabilidades do governo? Em uma leitura das evidências disponíveis, a resposta está longe de ser positiva, e cada vez menos no decorrer dos últimos quatro anos. A própria pergunta apresenta um enigma importante. As dinâmicas políticas do Conselho revelam um paradoxo que é captado pela tensão entre, nas palavras de Duarte, a “coexistência construtiva” e a tarefa de fiscalizar. A coexistência construtiva requer um grau de colaboração e boa-vontade para mudar de posição. As percepções sobre ser tratado com condescendência e de ter informações e respeito negados por representantes do governo, da reprodução de elementos da cultura política existente – com seus ecos de antigas relações entre cidadãos e Estado, sejam elas de autoritarismo ou de clientelismo – em interações dentro do Conselho e da politização explícita do órgão tornam essa coexistência uma experiência difícil e muitas vezes conflituosa para usuários e profissionais de saúde.

Enquanto a coexistência construtiva depende de se construir confiança e criar uma base para a parceria, a tarefa de cobrar responsabilidades do Estado pode depender de um estilo de interação completamente

diferente: uma autonomia suficiente para que os representantes de usuários e profissionais de saúde fiquem livres para investigar irregularidades financeiras e chamar a atenção do Conselho para as falhas na efetivação de políticas, decisões ou programas. E ela pode demandar uma postura de maior confronto, conhecida do movimento social e dos ativistas partidários que trazem práticas políticas de outros espaços para o Conselho. Ainda assim, a capacidade dos representantes dos usuários e profissionais de saúde de fazerem isso com eficácia é comprometida pelos contratos e subvenções que as organizações dos representantes de usuários têm com o governo municipal e ligações político-partidárias que criam lealdades que perpassam os segmentos de usuários, profissionais e governo. A informação inadequada representa, mais uma vez, uma barreira para a supervisão eficaz, assim como o conhecimento técnico limitado – seja sobre orçamentos e contabilidade, seja sobre a própria saúde pública – por parte de muitos usuários e alguns profissionais de saúde.

A governança democratizada dos serviços de saúde exige mais do que um compromisso com o fornecimento de formação, de recursos e de apoio para a viabilização da participação popular, e a convocação das organizações da sociedade civil para que participem. Como destacaram muitos gestores, o Estado tem um papel a cumprir no desenvolvimento do que foi descrito como “conscientização política, conscientização crítica e consciência de ser cidadão” entre aqueles a quem serve, provocando, ao fazê-lo, as mudanças culturais necessárias para envolver as pessoas no controle social. Como destacaram os usuários e os profissionais da saúde, no entanto, tornar efetivo o controle social também demanda que os atores governamentais renunciem à parte do poder e do controle, abram a “caixa-preta” do tecnicismo ao envolvimento dos cidadãos e reconheçam que a “coexistência construtiva” exige não apenas o compromisso ideológico, mas também mudanças reais em atitudes e condutas. Apesar de todo o discurso dos gestores sobre treinamento, eles próprios não freqüentam os cursos. Pode ser necessária alguma formação, e os usuários e os profissionais da saúde destacaram que o treinamento deveria ensiná-los

a escutar e a respeitar mais os usuários. A vontade política certamente parecia existir. Pode ser que, como muitos usuários e profissionais da saúde comentaram, apesar de toda a boa-vontade do mundo, os burocratas acostumados a tomar decisões e a dar as cartas ainda não tenham adquirido a habilidade e a atitude necessárias para participar como parceiros.

Há uma tendência, na pesquisa e nos trabalhos sobre governança participativa, a tratar principalmente do envolvimento da sociedade civil, dedicando-se menos atenção ao papel que os atores ligados ao Estado têm a desempenhar na garantia da viabilidade e legitimidade das instituições participativas, e os efeitos recíprocos da governança participativa sobre aqueles que governam. Os efeitos democratizantes da governança participativa muitas vezes são tidos como naturais (Houtzager et al., 2003). Este artigo pinta um quadro mais complexo. Burocratas progressistas podem considerar que o seu papel seja o de democratizar a sociedade “incivil” (Chandhoke, 2003); os profissionais de saúde podem agir não apenas como representantes dos serviços, mas também como cidadãos ativistas preocupados, e as contribuições que o Conselho pode dar à democratização da gestão dos serviços também podem ser buscadas por meio de alianças entre atores com um projeto ideológico comum, independentemente de onde estejam situados na divisão entre Estado e sociedade civil.

É fácil esquecer o quanto é novo e diferente ter um espaço no qual membros importantes do governo sentam-se próximo de cidadãos comuns de comunidades pobres e são obrigados a explicar e defender decisões sobre despesas, políticas e contabilidade, e a responder por suas ações. Como “escola de cidadania”, o Conselho de Saúde ensinou muitas lições. Seu desempenho em termos de cobrança de opiniões, por si só, é um importante passo à frente, mesmo na ausência de quaisquer desafios ou questões por parte dos cidadãos. O fato de que cidadãos de todas as origens e dos bairros mais pobres do município possam contestar

decisões, debater alternativas e demandar o cumprimento dos compromissos é um atestado das possibilidades democráticas dessas instituições (Carvalho, 1998; Labra; St. Aubyn, 2002), especialmente ao se considerarem as extremas diferenças educacionais e de classe entre as maiorias dos usuários e gestores. Acrescente-se a natureza do setor, com as hierarquias da profissão médica e a natureza altamente técnica de algumas das decisões tomadas, e o histórico não tão distante dos governos autoritários, e se conclui que, com todos os desafios que permanecem, o que se conquistou é nada menos do que extraordinário.

Referências

- ABERS, R. *Inventing Local Democracy: Grassroots Politics in Brazil*. Westview: Boulder, 2001.
- ÁVILA VIANA, A. L. Desenho, modo de operação e Representação de Interesses- do Sistema Municipal de Saúde- e os Conselhos de Saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 3 (1): 20-22, 1998.
- AVRITZER, L. *Democracy and the Public Space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- BAOCCHI, G. Participation, Activism, and Politics: The Porto Alegre Experiment and Deliberative Democratic Theory. *Politics and Society*: 29(1):43-72, 2001.
- CARVALHO, A. I. de. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 3(1): 23-25, 1998.
- CHANDOKE, N. *The Conceits of Civil Society*. Delhi: Oxford University Press, 2003.
- COELHO, V. S. (2004) Brazil's Health Councils: The Challenge of Building Participatory Political Institutions. In: *IDS Bulletin*, vol. 35, n. 2: 33-39, 2004.
- COELHO, V. S.; VERISSÍMO, J. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde em São Paulo. In: AVRITZER, L. *A participação em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 2004.
- COHEN, J.; SABEL, C. Directly-deliberative Polyarchy. In: *European Law Journal*, 3.4: 313-42, 1997.

COHN, A. State and Society and the new configurations of the right to health/ Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, n. 1, 9-18, 2003.

CORDEIRO, S.; CORNWALL, A.; DELGADO, G. D. *A luta pela participação e pelo controle social: o caso do conselho municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2004. (Mimeo).

CORNWALL, A. Introduction: New democratic spaces? The politics and dynamics of institutionalised participation'. In: *IDS Bulletin*, 35 (2): 1-10, 2004.

CORNWALL, A. *Beneficiary, Consumer, Citizen: Perspectives on Participation for Poverty Reduction*. Stockholm: Sida, 2000.

CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (Orgs.). *Spaces for Change: The Politics of Participation in New Democratic Arenas*. London: Zed, 2007.

DAL POZ, M. R.; PINHEIRO, R. A participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus determinantes. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 3, 1, 28-30, 1998.

DAGNINO, E. We All Have Rights, But... Contesting Concepts of Citizenship in Brazil. In: KABEER, N. (Ed.). *Inclusive Citizenship: Meanings and Expressions*. London: Zed Books, 2005.

FUNG, A.; WRIGHT, E. O. (Orgs.). *Deepening Democracy: Institutional Innovation in Empowered Participatory Governance*. London: Verso, 2003.

GALVANEZZI, C. A representação popular nos Conselhos de Saúde: um estudo sobre os Conselhos Distritais da Zona Leste e o Conselho Municipal de São Paulo. Research report; Cebap; Fabesp, 2003.

GAVENTA, J. Towards participatory governance: assessing the transformative possibilities. In: HICKEY, S.; MOHAN, G. (Eds.). *From Tyranny to Transformation*. London: Zed Books, 2004.

GOETZ, A-M.; GAVENTA, J. Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery. *IDS Working Paper 138*. Brighton: Institute of Development Studies, 2001.

GOHN, M. da G. Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Pública. In: *Informativo Cepam, Conselhos Municipais das Áreas Sociais*, São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, 2002. p 7-16.

HABERMAS, J. Three Normative Models of Democracy. In: *Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political*. Seyla Benhabib (Ed.). Princeton: Princeton University Press, 1996. p. 21-30.

HAYES, L. *Participation and associational activity in Brazil: The Case of the São Paulo Health Councils*. Masters Dissertation. Institute of Development Studies, University of Sussex, 2004.

HELLER, P. Moving the State: The Politics of Democratic Decentralization in Kerala, South Africa, and Porto Alegre. *Politics and Society*, 29.1: 131-63, 2001.

HOUTZAGER, P.; GURZA LAVALLE, A.; ACHARYA, A. Who participates? Civil society and the new democratic politics in São Paulo, Brazil. IDS Working Paper 210, Sussex: Institute of Development Studies, 2003.

LABRA, M. E.; ST. AUBYN, F. J. Associativismo, participação e cultura cívica, o potencial dos conselhos de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 7, 3, p. 537-547, 2002.

MANSBRIDGE, J. On the idea that participation makes better citizens. In: ELKIN, S.; SOLTAN, K. (Eds.). *Citizen Competence and Democratic Institutions*. University Park: Pennsylvania State University Press, 1999.

MOHANTY, R. Gendered subjects, the State and Participatory Spaces: The Politics of Domesticating Participation in Rural India. In CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (Orgs.). *Spaces for Change? The Politics of Participation in New Democratic Arenas*. London: Zed Books, 2007.

MORITA, I. Conselho e Conselheiros Municipais de Saúde: Que trama é esta? *PhD thesis, Anthropology*, São Paulo: PUC, 2002.

RODRIGUES DOS SANTOS, N. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, M do C. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Eds.). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*, São Paulo: Polis, p. 15-21, 2000.

SCHÖNLEITNER, G. Can Public Deliberation Democratise State Action? Municipal Health Councils and Local Democracy in Brazil. In: HARRISS, J.; STOKKE, K.; TÖRNQUIST, J. *Politicising Democracy: Local Politics and Democratisation in Developing Countries*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Ed.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TENDLER, J. *Good Governance in the Tropics*. Maryland: Johns Hopkins Press, 1997.

WARREN, M. *Democracy and Association*. Princeton: Princeton University Press, 2000.

Recebido em: 21/9/2006

Aceito em: 25/10/2007