

Conselhos de saúde

Visões “macro” e “micro”

*Maria Eliana Labra**

No seu formato atual, os Conselhos de Saúde (CS) existem há mais de quinze anos, funcionam em todas as unidades da Federação brasileira e chegam a mais de 5.700. Tanto pela extensão dessa rede como pela massa de cidadãos nela engajados voluntariamente, a participação na saúde constitui um fenômeno inédito na América Latina e em outras latitudes e um exemplo atualmente seguido por vários países da Região.

Os CS são espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma inovação cultural crucial para a democratização das decisões setoriais cuja abordagem cabal exigiria, no entanto, fundamentações teóricas e empíricas impossíveis de examinar nos limites deste artigo. Isto porque tem a ver com as transformações de toda ordem ocorridas nos últimos 40 anos nas relações entre Estado e sociedade no país, sob a influência de fatores internos e externos. Tendo em conta essas limitações, o propósito desta exposição é apresentar os CS à luz de duas perspectivas: desde a esfera pública mais ampla, ou “macro”, e sob o prisma de seu funcionamento na prática, ou perspectiva “micro”.

* Doutora em Ciência Política, pesquisadora titular na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Este texto é uma versão abreviada e modificada do trabalho *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios* publicado em N. T. Lima et al. (2005). E-mail: labra@ensp.fiocruz.br.

As análises baseiam-se em referências bibliográficas apenas indicativas de uma vasta produção cujo volume aumenta a cada dia, tal é o interesse que despertam tanto as experiências na saúde como em muitas outras áreas de política pública que têm adotado a participação compartilhada de autoridades e cidadãos na sua gestão.

O pressuposto geral deste trabalho tem a ver com a existência de dissonâncias entre as dimensões “macro” e “micro” do fenômeno participativo. De um lado, ao longo da década de 1990, observa-se a profusa multiplicação de arenas de deliberação e debate sobre os mais diversos temas de política pública em todas as unidades federativas nas quais participam, ao lado de agentes governamentais, representantes de uma heterogeneidade de organizações da sociedade civil.. De outro, comprova-se que, na realidade cotidiana, os CS enfrentam enormes problemas de funcionamento que incidiriam, em última instância, na legitimação e eficácia dessas arenas em termos do objetivo último que justifica sua existência, qual seja, o controle social sobre a formulação das políticas públicas e a gestão de sua implementação, de modo a atender às realidades de necessidades dos cidadãos.

O pressuposto geral para esse paradoxo teria a ver com o descompasso entre dois processos que, nas democracias maduras, levaram bem mais do que um século para se alinhar: por um lado, a adesão formal dos governantes aos princípios republicanos e, por outro, a disseminação capilar desses valores no seio da sociedade. Quanto ao Brasil, a avançada Constituição Federal de 1988 expressa a vontade dos legisladores de conduzir a Nação à plena democracia formal e substantiva. Entretanto, o processo de internalização desses valores, em si demorado, está nos primórdios, mesmo porque muito recente, de modo que as consequentes mudanças na cultura política e cívica ainda não se traduzem em crenças e condutas das elites, das instituições e incluso das organizações da sociedade civil afinadas com esse ideal.

O processo brasileiro de construção democrática, em si muito complexo, apresenta contradições adicionais provocadas pela investida neoliberal, cujos impactos vêm exacerbando as desigualdades estruturais que historicamente marcam o país. A este propósito cabe lembrar que, no século XX, tanto o Produto Interno Bruto (PIB) como a população do Brasil cresceram 100 vezes enquanto que o PIB *per capita* cresceu apenas 12 vezes, mantendo-se, com avanços e recuos, uma enorme concentração de renda: em 2000

a diferença entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos era de 47 vezes (IBGE, 2003). É assim como o Brasil chega ao século XXI com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,775, ocupando o 72º lugar entre os países com IDH médio (PNUD, 2004a). No plano cultural também chama a atenção a baixíssima adesão dos brasileiros aos valores democráticos, ocupando as posições mais desfavoráveis entre os países da América Latina: 59% não sabem o que significa a democracia (Latinobarómetro, 2002); apenas 30,6% se consideram democratas e 42,4% são simpáticos ao uso da força, enquanto a média latino-americana é, respectivamente, 43% e 31%. (PNUD, 2004b) Quanto ao desempenho das instituições, mensuração de Transparência Brasil mostra que o país também ostenta os piores lugares na Região. Por exemplo, corrupção: 3,9; eficácia da lei: 4,7; eficiência do sistema de saúde: 0,573 (calculada com base em dados da OMS); enquanto o Chile ocupa o primeiro lugar com 7,4, 7,8 e 0,870 respectivamente (Abramo, 2000).

Tanto as desigualdades como os valores políticos apontados comprometem a confiança na democracia e nas instituições, incidem no engajamento cívico em ações coletivas e afetam a simetria nas relações entre os participantes das arenas de deliberação. Essa participação refere-se, porém, aos incluídos e não aos “invisíveis”. Este contingente, segundo Grzybowski (2004b, p. 180), equivale a 50% da população brasileira e está constituído por

aqueles que não formam parte da sociedade civil simplesmente porque não têm identidade, projeto, organização social e forma de luta para afirmar-se, defender-se, para conquistar direitos e reconhecimento”; são aqueles “politicamente destituídos de todo poder real.

É igualmente relevante reafirmar que a moderna e pluralista democracia brasileira atual é muito jovem: está cumprindo pouco mais de vinte e um anos, tempo em absoluto suficiente para a construção de poderes públicos plenamente sintonizados com os valores republicanos e a cidadania plena que a Constituição Federal de 1988 encarna. Indo mais longe, desde a proclamação da República em diante, o desenvolvimento político não deu lugar à emergência de partidos políticos fortes, programáticos, enraizados na sociedade e aptos a desempenhar seu papel histórico de canalizadores de demandas societárias e promotores de políticas públicas de interesse geral, a par que as regras do jogo eleitoral têm sido objeto de sistemáticas mudan-

ças oportunistas. Sob os diversos autoritarismos que sufocaram o florescimento da democracia, não somente as forças progressistas foram mutiladas como as lideranças políticas, patronais e sindicais foram cooptadas em troca de benesses e privilégios preservando-se, assim, o viés de uma cultura política autoritária e clientelista. Os efeitos desse *modus operandi* nos partidos políticos têm sido arrasadores na medida em que encontram grande dificuldade de alcançar representação nacional, são frágeis, apresentam identidade difusa, afiliação volátil e vocação voltada, em grande medida, como demonstra Bezerra (1999), para demandas das bases eleitorais as quais são atendidas como um favor pessoal em troca do voto.

A importância da questão democrática, partidária e eleitoral para os movimentos e organizações sociais surgidos nos anos 1970 e 1980 não é menor posto que, ao contrário de muitas outras experiências, no Brasil surgem e se desenvolvem sem imbricações importantes com os partidos políticos. Este fato explicaria, em boa medida, a centralidade que ganharam esses movimentos na luta pela democratização, a qual facilitou, por exemplo, a emergência há 25 anos atrás do Partido dos Trabalhadores (PT), primeira agremiação política de raiz popular do país.

Levando-se em conta esse quadro de contradições, disparidades e tensões, no que segue será abordado o tema dos CS em quatro tópicos. No primeiro, se entrega um panorama geral desses colegiados dando atenção aos aspectos normativos e formais. No segundo, busca-se dar uma visão ampliada ou “macro” da intensa atividade participativa que vem se desenvolvendo na esfera pública em torno das lutas e propostas na saúde com vistas ao exercício do controle social, aqui referido à relação entre Estado e sociedade e à possibilidade desta exercer o controle sobre a gestão pública através de mecanismos de participação social, sendo para tanto condição *sine qua non* a institucionalização e funcionamento dos conselhos e a realização de conferências. No terceiro, se examinam aspectos “micro” da prática dos CS, seus problemas, potencialidades e desafios, dando ênfase à questão da representação. No tópico quarto e último, se introduz uma breve análise da dimensão associativa que está por trás da representação nos CS procurando explorar sua relação com o funcionamento dos CS.

A institucionalização dos Conselhos de Saúde

No clima de distensão política que vivia o país a começos dos anos 1980, e de mais uma crise da Previdência Social, várias propostas de reforma do setor saúde vieram à tona, também impulsionadas pela Organização Mundial de Saúde a partir da Conferência sobre Atenção Primária celebrada em Alma-Ata em 1978. Nesse contexto, surgiram as primeiras iniciativas de articulações interinstitucionais entre os ministérios da Previdência e da Saúde que incluíam a participação de representantes de organizações sociais. Mais adiante, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi decidido instaurar uma gestão democrática baseada na participação dos cidadãos comuns de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais. No ano seguinte, surge o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) que previa a criação de várias instâncias colegiadas – Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação (Ciplan), Comissão Interinstitucional de Saúde (Cis), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (Clis) – e contemplavam a participação de entidades comunitárias, sindicais e gremiais.¹

Embora o SUDS não tivesse passado de um ensaio, demonstrou a real possibilidade de incluir arenas participativas na engenharia institucional do setor. Definitivos avanços nessa direção foram dados com Constituição Federal de 1988 ao estipular formas indiretas e diretas de participação dos cidadãos na formação do governo e na gestão pública, sendo que no segundo caso a ênfase é dada às áreas sociais. A mesma Carta deu vida ao Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado das lutas pela Reforma Sanitária, nas quais destaca a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, sustentada pelo amplo espectro de forças até então acumuladas em torno ao projeto transformador (Gerschman, 1995).

Como bem se sabe, em 1990 foram promulgadas as duas leis fundamentais do SUS: a nº 8.080 e a nº 8.142. A segunda dispõe, entre outras providências, sobre a participação da comunidade, em cada esfera de governo, em duas arenas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A respeito dos CS, a Lei 8.142 reza:

¹ Sobre esses conselhos ver Côrtes (2004).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Art. 1º, inc. 2º). “[...] a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Art. 1º, inc. 4º).

Essas diretrizes foram confirmadas em resoluções do Conselho Nacional de Saúde, sendo a última delas a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, que aprova *Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Esta norma considera que os CS têm sido “consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada”, representando “um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social”. Reitera que o CS deve ser criado por lei estadual ou municipal e ter Regimento Interno; é um

órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [que atua] na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A mesma diretriz reitera o princípio da paridade na composição do CS, distribuindo-se os membros da seguinte forma: (a) 50% de entidades de usuários; (b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; (c) 25% de representação de governo e de prestadores de serviços privados conveniados. Quanto aos representantes, devem ser indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos, entidades ou fóruns próprios e independentes. A duração do mandato do conselheiro é de dois anos, podendo ser reconduzido por igual período. A função de conselheiro é *ad-honorem* e se a considera de relevância pública. As sessões plenárias são abertas ao público e devem ocorrer pelo menos uma vez ao mês, podendo haver reuniões extraordinárias. Os membros do CS também podem instalar comissões temáticas e grupos de trabalho. Quanto à autonomia, os governos devem garantir pleno funcionamento do CS, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa, além da liberação dos funcionários escolhidos para se desempenharem como conselheiros.

As mencionadas leis do SUS e a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, relativas à descentralização, fomentaram a criação dos CS. Particularmente a última, implantada em 1998, deu impulso definitivo à disseminação dos colegiados em todo o país devido, sobretudo, à exigência do funcionamento destes para o Ministério da Saúde repassar recursos financeiros a estados e municípios para diversos programas. Dessas exigências, as que aqui interessam referem-se à obrigatoriedade, por parte do gestor do SUS, no nível que corresponda, de submeter anualmente ao CS o Plano de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (ações, metas e orçamento) e o Relatório de Gestão em tempo prévio hábil para permitir a discussão pertinente.

Acrescente-se que, a partir da Lei nº 9.836, de 1999, relativa à Saúde dos Povos Indígenas, a organização da atenção a eles destinada centra-se atualmente em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) administrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa/MS). Em virtude da legislação, em cada Dsei foram criados conselhos com composição paritária e realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Indígena, tendo ocorrido a última em maio de 2001. Os Conselhos Distritais são integrados por representantes das comunidades indígenas, lideranças tradicionais, caciques e pajés e consta de suas atribuições identificar necessidades e agravos específicos de saúde, aprovar, acompanhar e avaliar o Plano Distrital de Saúde e monitorar a aplicação dos recursos financeiros (MS/Funasa, 2004).²

Embora os CS tenham sido objeto de numerosas pesquisas, trata-se, em geral, de estudos de caso referidos a municípios. Assim, ainda se carece de um panorama abrangente dessas instâncias e isto se deve, em boa parte, ao tamanho do universo e aos elevados custos que envolveriam um cabal esquadramento. Contudo, esse quadro está começando a mudar com a criação no Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa (SGP). Entre outras iniciativas da SGP consta o projeto “Avaliação do impacto do controle social na formulação e implementação de políticas de saúde”, cuja etapa inicial contemplou a realização do primeiro cadastro nacional dos CS (MS/SGP, 2004a). Esse levantamento mostrou que há em funcionamento 5.559 conselhos municipais (um a menos que o total de municípios). Todavia, em relação à

² Estudos sobre os Conselhos de Saúde Indígenas são particularmente escassos mas têm sido apontadas críticas à forma terceirizada como foi organizada a atenção à saúde desses povos e a “conversão” do controle social em ações de saúde executadas pelos próprios índios. Cf. Garnelo e Sampaio (2003).

identificação individual, foram obtidas respostas de 50% dos CS, ou seja, ainda existem dificuldades para aceder a esse universo na sua totalidade. Em todo caso, esse projeto é extremamente importante pois no futuro vai ser possível contar com um banco de dados para fins de investigação e análise.

Visões “macro” da participação em saúde

Uma consequência concreta da mobilização pela redefinição da noção de cidadania empreendida pelos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980 foi, como afirma Dagnino (2002, p.10),

a emergência de experiências de construção de espaços públicos, tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaço de ampliação e democratização da gestão estatal.

Das experiências desse tipo, a de maior repercussão tem sido sem dúvida o Orçamento Participativo iniciado em Porto Alegre em 1989, quando o PT assume a gestão municipal. Esse exemplo de ampliação do espaço público tem levado, inclusive, à busca de novas qualificações teóricas sobre a democracia, de modo a ultrapassar conceitos baseados nos procedimentos formais de alternância no poder. Central nessas reformulações é a consideração da participação social e da governança local, pois, como aponta Gohn (2001, p. 39), é neste nível que “os atores sociais se relacionam diretamente e onde se torna mais difícil reconfigurar formas e culturas políticas tradicionais, carregadas de estruturas clientelísticas e patrimonialistas”. Mais ainda, a influência do Orçamento Participativo no âmbito internacional tem levado autores como Abers (2002), Santos (2002) e Wainwright (2005) a tentar dar novos sentidos à democracia – participativa, redistributiva, deliberativa, associativa ou popular –, contribuindo, assim, para o rico debate em curso.

Na década de 1990, é inaugurada uma grande diversidade de espaços públicos muito heterogêneos por natureza, que comportam uma participação pautada por antagonismos, confrontos e disputas entre projetos políticos alternativos. No entanto, a grande inovação constitui o fato de traduzirem uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta, de “encontros” entre o Estado e a sociedade civil (Dagnino, 2002). Tal como argumenta esta autora, a realização desses empreendimentos encontra seus maiores obstáculos no “autoritarismo social e nas visões hierárquicas e excludentes da sociedade e

da política” (Dagnino, 2002, p. 280). Mas, justamente, mudar essa matriz cultural é o desafio mais relevante da democratização dos espaços públicos deliberativos e de diálogo entre o governo e a sociedade civil que proliferam no país. Ilustra esta afirmação o fato de existirem atualmente 31 Conselhos Nacionais dos quais 15 têm caráter deliberativo.³ Vale a pena registrar que nem todos esses conselhos incluem representantes de entidades da sociedade civil, organizações setoriais e/ou sindicatos, como os correspondentes à área de Segurança Pública e, inexplicavelmente, à de Educação. Quanto ao nível municipal, o IBGE registrava em 1999 a existência de 23.119 conselhos distribuídos em nove áreas de políticas públicas, das quais saúde, assistência social e educação concentravam 67% dos colegiados (Ibge, 1999). Em todo caso, um levantamento atualizado certamente mostraria um expressivo aumento no número de conselhos gestores de políticas públicas no país.

Na área da saúde, desde 1990 em diante, a mobilização nacional tem sido de crescente intensidade, alcançando hoje proporções grandiosas. Entre 1986 e 2003, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde, sempre antecedidas de conferências em cada estado, município, região e mesmo em estabelecimentos assistenciais. Além disso, têm acontecido numerosas conferências em temas específicos como Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde dos Povos Indígenas, Saúde e Meio Ambiente, Recursos Humanos, Ciência e Tecnologia, Vigilância Sanitária etc., e sobre patologias como DST/Aids entre muitas outras, às quais se somam inúmeros eventos de distinta natureza, como congressos, fóruns, encontros, seminários, oficinas etc., que referendam a participação de representantes da sociedade civil em arenas onde fervilham propostas de novas políticas ou de reformulação das já implantadas, trocas de experiências e contatos entre grupos afins com vistas à formação de redes hoje facilitadas pela comunicação virtual.

³ Conselhos nacionais deliberativos e/o normativos: Fundo de Amparo ao Trabalhador, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, Educação, Assistência Social, Previdência Social, Saúde, Meio Ambiente, Direitos da Mulher, Criança e Adolescente, Portadores de Deficiência, Trânsito, Recursos Hídricos, Política do Café, Anti-Drogas, Desenvolvimento Rural. Consultivos: Saúde Suplementar, Ciência e Tecnologia, Direitos da Pessoa Humana, Idoso, Combate à Discriminação, Segurança Pública, Política Cultural, Esporte, Política Criminal e Penitenciária, Política Agrícola, Informática e Automação, Turismo. Gestores: Defesa dos Direitos Difusos, Previdência Complementar. Judicante: Contribuintes. Controle jurisdicional: Recursos da Previdência Social (Cf. <http://www.democraciaparticipativa.org>).

Acrescenta-se, ainda, a realização de plenárias nacionais, regionais e estaduais dos CS. As plenárias foram produto de um movimento espontâneo que buscava um lugar de articulação, mobilização, capacitação e valorização dos conselheiros e de vigilância dos conselhos irregulares ou “biônicos”, e surgiram no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, ocorrido em 1995, em Salvador, realizando-se no ano seguinte a I Plenária Nacional. Quanto à formalização do funcionamento, periodicidade dos encontros e coordenação, ocorreu em fins de 1997. Mais tarde, em 2001, teve lugar a X Plenária Nacional dos CS, que contou com 755 delegados, a maioria usuários, representando os 26 estados da Federação e o Distrito Federal.⁴ As plenárias trabalham atualmente de forma articulada com o Conselho Nacional de Saúde e funcionam em torno de dois eixos: um permanente, que é o Controle Social, e outro conjuntural, como o do financiamento.

Várias outras iniciativas têm sido empreendidas na esfera do Ministério da Saúde para reforçar o Controle Social, das quais ressalta o Programa de Capacitação para Conselheiros levando adiante pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e outras instituições, que envolveu 35 mil participantes de todo o país. Esta bem-sucedida experiência, atualmente em fase de multiplicação mediante Pólos de Educação Permanente, teve como objetivo central fornecer aos conselheiros conhecimentos e instrumentos indispensáveis para o aprimoramento de seu desempenho nos CS e para o exercício do controle social de maneira informada e assertiva.

Do exposto até aqui, pode-se concluir que, na conjuntura atual, existe no setor saúde uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado cívico envolvendo milhares de pessoas dedicadas a realizar um trabalho voluntário em prol da defesa do SUS, do controle social e da saúde da população. Quanto ao futuro, apresenta-se promissor em relação à expansão e ao fortalecimento dos CS, tudo o qual poderá certamente contribuir para elevar a qualidade da democracia brasileira. Até lá, no entanto, será preciso vencer uma infinidade de dificuldades que enfrentam os CS na prática concreta. Este ponto será tratado no tópico seguinte.

⁴ Relatório Final da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, 18 a 20 nov. 2001 (mimeo).

Visões “micro”: os Conselhos de Saúde no cotidiano

Como se disse anteriormente, os CS vêm recebendo profusa atenção, ainda que na vasta produção existente predominem análises de casos singulares. Embora este fato limite a generalização de conclusões, tais contribuições permitem apreciar que os colegiados, em maior ou menor medida, apresentam uma série de problemas que abrangem desde os estatutos e o funcionamento até a representatividade dos conselheiros e a inoperância do controle social. Esta parte da exposição está dedicada a sintetizar as principais dificuldades apontadas na literatura sobre os CS, reiteradas nos relatórios da 9^a à 12^a Conferências de Saúde e em publicações do Conselho Nacional de Saúde (MS/CNS, 2002) e também constatadas em pesquisas nossas (Labra, 2002; 2003). A tudo isso soma-se a relevante revisão de Tatagiba (2002) da literatura referente a todos os conselhos gestores de políticas, que demonstra serem comuns a esses colegiados os problemas adiante apresentados, embora com nuances próprias da natureza da área de política de que se trate.⁵

Antes de prosseguir cabe levar em conta que o funcionamento “bom”, “regular” ou “ruim” de um CS depende da postura de apoio, indiferença ou rejeição das autoridades de turno. Desse modo, avaliações negativas em um dado momento podem ser positivas quando há mudança na correlação de forças políticas.

Feitas essas ressalvas, o ponto em análise será ilustrado com a seguinte constatação do Relatório Final da 11^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001:

[...] a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil (MS, 2002, p. 46).

Já no Relatório Final da 12^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, afirma-se que os CS têm tido avanços significativos embora se reconheça que:

⁵ Ver também os estudos contidos em Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2002).

[...] enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados (MS, 2004, p. 101).

No que segue serão registrados mais em detalhe problemas como os apontados com base em sumários de análises sistemáticas de vasto material no qual, em grande medida, se dá destaque ao ponto de vista dos conselheiros do segmento dos usuários.

• **Publicidade** – Em geral, os CS não são conhecidos pela população salvo, quiçá, em municípios pequenos. Para isto concorre o fato de não utilizarem quaisquer meios (jornal, rádio, televisão, Internet etc.) para divulgar atividades ou iniciativas relacionadas com os programas de saúde ou com os problemas da comunidade. E quando existe essa divulgação, ela se restringe à afixação de breves notícias nos recintos dos serviços de saúde.

• **Participação da comunidade** – O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do CS se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

• **Papel do CS** – O CS é muito valorizado por todos aqueles que o conhecem ou dele participam. Entretanto, predomina a impressão de que é um espaço para reivindicações específicas ou denúncias pontuais. A maior parte do tempo de cada reunião mensal é gasta na discussão de assuntos internos, sendo raros os debates de temas substantivos. Quanto ao Plano de Saúde, ao Orçamento e ao Relatório de Gestão, os conselheiros não têm papel relevante na discussão, convertendo-se em um mero ritual a aprovação dessas importantes peças da gestão.

• **Funcionamento interno** – Em geral, há baixo grau de conflito entre os segmentos de conselheiros, predominando comportamentos pautados por negociações e consensos. Todavia, há problemas generalizados em termos da precariedade das condições operacionais, infra-estrutura, comunicações e apoio financeiro e secretarial, aos quais se soma a dificuldade de haver quorum quando necessário devido à ausência de conselheiros.

• **Papel do gestor** – Há críticas generalizadas aos secretários de saúde (gestores ou seus representantes) por causa de atitudes tidas como irresponsáveis, nocivas ou desrespeitosas. Reclama-se que não discutem o orçamento nem prestam contas da sua execução; não acatam as resoluções do colegiado; definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; impõem decisões mediante um discurso tecnocrático; esquivam discussões de teor político; cooptam conselheiros ou lideranças comunitárias com artifícios clientelistas; preenchem o tempo com assuntos internos da gestão ou das corporações profissionais, tornando as reuniões meramente informativas de assuntos alheios aos interesses da comunidade; não controlam os prestadores privados e incluso incentivam a expansão destes mediante a terceirização de serviços, sem qualquer consulta ao CS.

O ponto relativo ao papel dos gestores é bastante controverso e isto se deve a que o cargo de gestor, ou seja, secretário(a) de saúde, na realidade, não é técnico mas sim político. De fato, como é de confiança do chefe do executivo no nível que corresponda, esse “gestor” deverá guardar fidelidade a quem o nomeou, porém, os interesses deste podem não corresponder aos princípios do SUS ou aos interesses da população. Dados preliminares da pesquisa do Ministério da Saúde mostram que, dos CS municipais que responderam ao questionário, cerca de 90% eram presididos pelo secretário de Saúde (MS/SGP, 2004b) Embora esse percentual poderá vir a mudar à medida que for acatada a diretriz da Resolução nº 333/2003 relativa ao presidente, que poderá ser eleito entre os membros do CS em reunião plenária, é provável que novos conflitos surjam em torno ao acatamento das resoluções dos conselheiros por parte da autoridade setorial já que, pela Constituição cabe, em última instância, aos representantes do Poder Executivo tomar as decisões políticas.

• **Relações com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** – Além da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional, integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos Secretários de Saúde de estados e municípios, existem em cada estado as CIB, que reúnem o secretário estadual e os representantes dos secretários municipais. Essas comissões têm caráter técnico e sua finalidade é assistir na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS. De acordo com as normas vigentes, essas arenas devem se submeter ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde e dos CS dos estados. No entanto, contrariamente a

essa diretriz, tem sido evidenciado que o CS estadual tem sido “invadido” ou deslocado pela CIB ao deliberar sobre assuntos que não seriam de sua incumbência, passando, inclusive, a ser considerada o lugar onde se tomam as decisões “reais” devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas da gestão.

• **Composição, representação e representatividade** – Este é um problema recorrente e muito difícil de se resolver na prática. Com frequência, a composição do CS não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. Ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador). O conselheiro é indicado pelo prefeito ou o gestor ou por entidades alheias ao CS (Ordem dos Advogados do Brasil, clubes de serviço como Rotary e Lions etc.) ou por agremiações desconhecidas da comunidade. Os prestadores privados praticamente não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários e, quando presentes, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento dos usuários.

Em verdade, problemas ligados à representação e composição dos membros dos CS têm acompanhado a trajetória destes e sido objeto de reiterado exame nos fóruns e conferências da área. Coube às Plenárias da Saúde a iniciativa de mudar o regimento dos CS visando a padronizá-lo, sobretudo, em termos da proporcionalidade das representações, questão esta permanente em todos os colegiados, a começar pelo CNS. Como resultado, foi emitida a citada Resolução nº 333/2003 e promulgado o Decreto Presidencial nº 43, de 18 de novembro de 2003, que dispõe sobre a composição do CNS e outras providências. Mas superar os entraves nesse âmbito está demonstrando ser uma tarefa difícil em extremo devido a pelo menos dois elementos principais: o primeiro está ligado à forma como a representação é efetivada; o segundo tem a ver com o representado, ou seja, com a entidade que escolhe ou indica seu representante no colegiado, a natureza daquela e a forma como se relaciona tanto com seu representante como com a comunidade. A seguir, será feita uma breve referência ao primeiro aspecto para, no último ponto, discutir a dimensão associativa que está por trás da representação nos CS.

Segundo a Resolução nº 333/2003, “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementari-

dade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”. Essa diretriz inclui uma longa lista de variadas “representações” que, segundo “as especificidades locais”, poderão ter assento no CS. Além do Governo, estão contempladas as seguintes entidades, associações ou organizações: portadores de patologias e deficiências; indígenas; aposentados e pensionistas; defesa do consumidor; ambientalistas; moradores; religiões; trabalhadores da área de saúde; sindicatos, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais e conselhos de classe; instituições públicas; hospitais universitários e de estágio; comunidade científica; pesquisa e desenvolvimento; padrões; prestadores de serviços de saúde; movimentos sociais e populares; e organizações de mulheres em saúde.

Todavia, não somente essa listagem denota a abrangência e heterogeneidade dessas representações como não dá o devido relevo ao fato de serem as associações de moradores as que predominam entre os representantes dos usuários nos CS, posto que ocupam entre 65% e 75% dos assentos desse segmento, como revelaram pesquisas no estado do Rio de Janeiro (Labra, 2003; Labra e Figueiredo, 2002). A este respeito cabe lembrar que os usuários de serviços e consumidores em geral têm grande dificuldade para se agrupar porque seus interesses são difusos, de modo que encontram nas associações de vizinhança o canal mais próximo para veicular demandas. Não assim sucede com os portadores de patologias ou deficiências, por exemplo, cujos interesses são categóricos por definição e tendem a contar com organizações bastante coesas. Por tudo isso, é muito difícil definir “quem” e “de que forma” poderá, *de lege*, ser eleito conselheiro. Este fato, por certo, traz infinidade de conseqüências para a almejada representatividade.

A esse propósito é preciso lembrar que o termo “representação” é polivalente, controverso, referido em geral à representação política. Trata-se de uma relação mediante a qual um indivíduo ou grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas. Há vários modelos de representação: “fiduciária”, por “delegação”, por “mandato” e “sociológica”, como explica Cotta, 1985. No entanto, nenhum deles dá conta das questões relacionadas à representação.

No que diz respeito à representatividade, um fator que influi nessa problemática tem a ver com a proporcionalidade entre habitantes e conselheiro. Segundo o levantamento do Ministério da Saúde, nos CS municipais pesquisados a média de conselheiros titulares é de 15 aproximadamente, número

que duplica nos municípios de mais de dois milhões de habitantes. Igualmente varia a razão habitantes/conselheiro, que nos municípios pequenos (até cinco mil habitantes) é de 280/1, alcançando 175.187/1 nos de grande porte (dois milhões e mais) (MS/SGP, 2004a), o qual mostra tratar-se de razões aleatórias. O fenômeno se acentua mais ainda ao considerar-se somente os conselheiros do segmento dos usuários, conforme constatou pesquisa realizada junto aos 12 CS distritais do município do Rio de Janeiro em 2002: observou-se uma variação entre o máximo de 48 mil habitantes e um mínimo de oito mil por conselheiro desse segmento, aumentando a desproporção nas zonas mais carentes e povoadas da cidade (Labra, 2003).

Deve-se levar em conta, por um lado, que a representação dos usuários nos CS não é política e sim de interesses e que estes são representados mediante uma ampla e variada gama de associações (de vizinhança em primeiro lugar, de necessidades específicas em segundo e outras em terceiro) e, por outro, que não há como estabelecer uma fórmula ou quociente entre o conselheiro e o número de pessoas da comunidade que deveria representar. Uma alternativa para minimizar as distorções seria utilizar a variável população territorial mas isso significaria instalar um incontável número de conselhos.. Desse modo, parece que por enquanto o problema é de solução praticamente impossível.

A dimensão associativa

Foi visto anteriormente que no segmento dos usuários predomina a representação das associações de moradores ou similares. Este fato merece destaque porquanto essas organizações cumprem papel mediador fundamental entre as comunidades e os poderes públicos, principalmente nas áreas menos abastadas onde, frente à omissão ou ineficiência das autoridades, tomam a si solucionar inúmeros problemas que abrangem saneamento básico, moradia e sua legalização, regularização de impostos e encargos sociais, cogestão de postos de saúde e de escolas, espaços e programas de lazer e esportes, ademais da premente preocupação com violência e segurança. Além disso, são as encarregadas de indicar representantes não somente para os CS e eventos setoriais, mas também para os espaços públicos que crescentemente são criados em muitas áreas da atividade estatal nas três esferas da Federação. Em realidade, diante do acúmulo de incumbências e de escassez de recursos

de toda ordem, para as associações de vizinhança a escolha ou indicação de representantes para os CS é apenas mais uma atividade, na qual seguramente não investem como esperado dado que dela não advêm retornos visíveis em termos da melhoria da atenção à saúde das comunidades. A esse respeito vale assinalar que, como os serviços de saúde continuam a apresentar inúmeras deficiências no acesso e no atendimento, se justifica plenamente o fato de os conselheiros aproveitarem as reuniões do CS para expressar queixas e reivindicações nesse sentido.

No plano cultural, as associações de moradores tendem a reproduzir no seu interior traços semelhantes aos que atravessam a sociedade brasileira, como oligarquização da cúpula, clientelismo, escassa participação das comunidades, pouca ou nenhuma transparência nas decisões e prestações de contas etc. Esses vícios, unidos à baixa taxa de renovação dos dirigentes, repercutem no processo de escolha de representantes para o CS e na recondução da mesma pessoa, já que ela a miúdo é feita sem consulta aberta às comunidades.

Em todo caso, na indicação ou recondução do representante dos usuários tem peso igual ou maior a experiência adquirida no cargo de conselheiro dado que seu desempenho não é uma tarefa fácil. Com efeito, o fato de os CS terem como atribuição atuar na formulação de políticas e no controle da execução significa que os conselheiros não-governamentais devem adquirir conhecimentos sobre assuntos relativos à gestão do SUS. Nesta linha, o CNS tem recomendado a necessidade de os conselheiros ficarem a par de matérias como Planejamento, Orçamento, Programação, Normatização, Direção e Gerência, Operacionalização, Execução, Controle e Avaliação (MS/CNS, 2002). Todavia, a complexidade dessas matérias, praticamente impossíveis de dominar na sua totalidade e de ser discutidas em apenas uma sessão mensal, apresenta dificuldades de compreensão até para gestores e técnicos experientados. Frente a disso, é racional que a experiência adquirida se torne um requisito crucial para a mesma pessoa ser reconduzida ao cargo, de forma que acaba se profissionalizando como conselheiro. E como para tanto deve ter um nível de educação e de renda superior à média da comunidade, os representantes dos usuários terminam se constituindo em uma elite profissional reforçada por certos privilégios de *status* como indicação sistemática como delegado a conferências e outras representações, acesso direto a políticos, facilidades para receber atenção nos serviços de saúde e/ou encaminhar parentes ou conhecidos, etc.

Quanto à relação entre o conselheiro e a associação que representa, têm sido constatadas situações extremas: por um lado, inexistência de contatos; por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante freqüente, ocorre quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Além disso, em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do CS ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isto, a entidade raramente repassa as informações à comunidade.

Voltando à dinâmica associativa, é preciso esclarecer que a baixa participação das comunidades nas atividades de sua associação não é um fato isolado senão que reflete um fenômeno mais amplo e generalizado: os baixos índices de participação dos brasileiros na vida associativa. Este ponto é muito relevante porque reflete apatia da população e descrença na eficácia da participação e do engajamento cívico. Com efeito, estudiosos do tema, como Santos Júnior, Ribeiro e Azevedo (2004), Ribeiro e Santos Júnior (2003), Santos Júnior, (2001), Ferreira (1999) e outros, têm apontado que no Brasil a taxa de participação política e associativa foi e continua sendo muito baixa, não obstante a democratização, o aperfeiçoamento do sistema eleitoral e a conquista de tantos espaços públicos de interação e deliberação. Ao comparar dados do IBGE de 1988 com os de 1998, Ferreira mostra que praticamente não houve variação nesse período, mantendo-se os percentuais de afiliação próximos aos de 1988, que eram os seguintes:⁶ associação de empregados – 1,9%; associação de bairro – 2,5%; partido político – 2,9%; associação religiosa – 5,0%; associação esportiva ou cultural – 10,0%; sindicato – 15,7%, sendo que este percentual mais alto pode ser atribuído aos benefícios que outorgam os sindicatos (Ferreira, 1999).

Aclara o autor que esses percentuais não se explicam pela escolaridade e a renda e conclui que há um paradoxo entre o enorme crescimento de associações nas últimas décadas e os ínfimos percentuais de participação, que atribui ao descrédito da política como mecanismo de representação e resolução de conflitos e/ou à inexistência de organizações nas quais os brasileiros tenham confiança.

⁶ Os dados se referem à Pesquisa Mensal de Emprego, do IBGE, que é realizada em Belo Horizonte, Recife, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador e São Paulo.

Por último, serão mencionadas as percepções de conselheiros do Rio de Janeiro sobre a experiência de participação no CS e o controle social. No que diz respeito ao primeiro ponto, participar do CS é, para a maioria, uma experiência muito positiva porque incentiva a superação pessoal e a elevação do nível educacional. Também desperta maior interesse pelos acontecimentos políticos e o funcionamento dos poderes públicos, permite conhecer de perto as políticas de saúde e a legislação e tomar consciência da importância da luta pelo direito à saúde e pela melhoria dos serviços. Essas constatações reiteram achados de, entre outros, Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2004, Labra e Figueiredo (2002) e Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2002) no sentido de uma maior adesão a valores cívicos, embora estes últimos autores salientem, com toda propriedade, que o impacto da participação nos CS é sentido de forma diferenciada pelos diversos segmentos. Em suma, tal como reconhece o Conselho Nacional de Saúde, os CS constituiriam verdadeiros pólos de educação cívica.

Quanto ao controle social, as respostas são contraditórias. De uma parte, muitos conselheiros não têm claro o que é controle social ou o confundem com a “vontade política” das autoridades. De outra, entre os conselheiros do segmento dos usuários é praticamente unânime a opinião de que o controle social simplesmente não existe e nunca, talvez, vai ser exercido, por razões como as condições precárias ou anômalas de funcionamento dos CS, o desrespeito às deliberações dos conselheiros e à regra da paridade, a complexidade técnica das discussões e, ainda, as desigualdades sociais do país. Esses conselheiros, em resumo, não confiam na capacidade do poder público para atender sérios problemas existentes na atenção à saúde, nem acreditam na possibilidade de os usuários exercerem de fato o controle social algum dia na medida em que é visto como uma quimera, uma impossibilidade em uma sociedade de classes como a brasileira, estruturalmente tão desigual (Labra e Figueiredo, 2002).

Considerações finais

Nestas reflexões sobre os CS tomou-se como fio condutor a contraposição entre uma visão ampliada, ou “macro”, das múltiplas e ricas experiências coletivas de interação democrática que ocupam a esfera pública setorial e uma visão restrita, ou “micro”, que se detém nos dilemas dos CS no seu funcionamento.

Os paradoxos que esses contrastes trouxeram à cena são evidentes. No plano geral, constata-se o imenso avanço no engajamento da sociedade civil em arenas de participação das políticas públicas. Todavia, apesar dos grandes progressos em termos de democratização e politização da gestão pública, valores próprios de uma democracia republicana e pluralista moderna estão longe de permear a Nação: atores políticos, agências executivas, gestores, organizações sociais e indivíduos mostram baixos índices de adesão à democracia, de confiança na lisura dos governos e de eficácia das instituições. Mais ainda, a desigualdade social e econômica, a pobreza e a miséria agravam a permanência de relações assimétricas e autoritárias que, como argumenta O'Donnell (2004b), repercutem na maneira como as burocracias do Estado tratam a maioria dos indivíduos.

No âmbito setorial, o panorama é de intensa mobilização e de participação de uma vasta e heterogênea constelação de atores coletivos nos espaços públicos de debates e decisões criados com o SUS e nos incontáveis eventos que vêm sendo realizados sobre as mais diversas temáticas. Assim também, os CS constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano. Ao se examinar a dinâmica e o funcionamento desses colegiados, porém, constata-se que enfrentam múltiplos problemas que, aliás, seriam comuns a todos os conselhos gestores em maior ou menor medida. Afora os naturais conflitos inerentes à interação humana, as dificuldades se veriam agravadas devido, em boa parte, ao efeito dos mesmos traços que atravessam a sociedade como um todo: hierarquia marcada por poderes em extremo desiguais entre os “de cima” e os “de baixo”, sigilo e despotismo burocrático, relações clientelistas e prebendárias, desrespeito pela res publica, enfim, um acúmulo de mazelas que terminam afetando o bom funcionamento dos colegiados.

De certo, no âmbito dos CS há problemas difíceis de resolver como a representação e a representatividade. No entanto, para isso concorreria o fato de o mundo associativo apresentar igualmente contradições. A cultura das organizações da sociedade civil, como as associações de vizinhança, que são o principal veículo para dar voz aos usuários do SUS nos CS, apresenta traços pouco afins com uma democracia moderna. E contribui para isso o baixíssimo engajamento cívico dos brasileiros em atividades associativas. Nesse sentido, pode se generalizar afirmando que as células do mundo associativo

sofrem o impacto do déficit mais geral da sociedade brasileira de atributos próprios de “comunidades cívicas” nas quais, como ensina Putnam (1996, p. 102), a participação pressupõe mais espírito público do que atitudes voltadas para a afirmação do interesse pessoal, onde “a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos” e se mantém unida “por relações horizontais de reciprocidade e confiança, e não por relações verticais de autoridade e dependência”.

Em suma, pode-se concluir que, por uma parte, na sociedade brasileira haveria escasso capital social – ou seja, relações de confiança, solidariedade e cooperação disseminadas – e, portanto, escassez de ingredientes indispensáveis para os CS se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e de controle social. Mas, por outra, os CS certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena.

Referências

- ABERS, R. *Inventing local democracy: grassroots politics in Brazil*. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2002.
- ABRAMO, C. Relações entre índices de percepção de corrupção e outros indicadores em onze países da América Latina. *Cadernos Adenauer*, n. 10, 2000. Disponível em: <<http://www.transparencia.org.br/docs/onze.pdf>>.
- BEZERRA, M. “*Em nome das bases*”: política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
- CÔRTEZ, S. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, O.; QUEIROZ, L. C.; AZEVEDO, S. (orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004, p. 249-286.
- COTTA, M. Representación. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI, 1985.
- DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- FERREIRA, M. C. Associativismo e contato político nas regiões metropolitanas do Brasil: 1988-1996. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 41, p. 90-102, 1999.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.; RIBEIRO, E. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. *Sociologia e Política*, v. 21, p. 125-145, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001.

GRZYBOWSKI, C. El rol de la sociedad civil. In: PNUD. *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. Contribuciones para el debate. 2. ed. Buenos Aires: Aguilar, 2004b.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro: Ibge, 2003.

———. *Pesquisa de informações básicas municipais*. Rio de Janeiro: Ibge, 1999.

LABRA, M. E. *Processo decisório e conselhos de saúde: balanço a partir da produção acadêmica (1996-2001)*. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 2002.

———. *A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa*. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LATINOBARÓMETRO. *Opinión pública latinoamericana: informe de prensa*. Santiago de Chile: Corporación Latinobarómetro, 2002.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 353-383.

MS/Funasa. *Atenção à saúde indígena*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2004.

MS/SGP. *Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa, 2004a.

MS/SGP, 2004b. *Estudo do perfil dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa, 2004b.

MS. 12^a *Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MS. 11^a *Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MS/CNS. *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. Série Histórica do CNS, n. 1. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2002.

O'DONNELL, G. Ciudadanos pobres y desiguales. In: PNUD. *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos – contribuciones para el debate*. 2. ed. Buenos Aires: Aguilar, 2004b.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). *Informe sobre desarrollo humano*. Madrid/México: Mundi-Prensa, 2004a.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos – contribuciones para el debate*. 2. ed. Buenos Aires: Aguilar, 2004b.

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

RIBEIRO, L. C.; SANTOS JÚNIOR, O. Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira. *Revista Eure*, v. 29, n. 88, p. 79-95, 2003.

SANTOS, B. S. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS JÚNIOR, O. *Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil*. Rio de Janeiro: Fase, 2001.

SANTOS JUNIOR, O.; QUEIROZ, L. C.; AZEVEDO, S. (orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos Municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 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, 2002.

WAINWRIGHT, H. *Poder popular no século XXI*. São Paulo: Xamã, 2005.

Recebido em 2 de fevereiro de 2006 e aprovado em 15 de fevereiro de 2006