

Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde em São Paulo¹

Vera Schattan P. Coelho e José Veríssimo²

O Brasil conta com uma legislação que franqueia à sociedade civil a participação nos processos de definição e gestão das políticas públicas. Aqueles que defenderam a adoção dessa legislação buscavam avançar na direção da inclusão de setores tradicionalmente excluídos do processo de formulação e gestão das políticas públicas para, com isso, torná-las mais abertas às reais demandas da população e ao controle social. No sentido de atender a legislação e viabilizar esse projeto, foi criada nos últimos quinze anos uma estrutura institucional que só na área de saúde conta com mais de 5.500 conselhos, que mobilizam mais de 100.000 participantes, além de um número considerável de associações. Parte dos autores que avaliaram o desempenho desses conselhos tem sugerido, no entanto, que a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitar participar desses fóruns têm dificultado a efetiva participação da sociedade civil no processo de formulação e gestão das políticas sociais (Sposati e Lobo, 1992; Abrasco, 1993; Cohn, Elias e Jacobi, 1993; Carvalho, 1995; Andrade, 1998; Viana, 1998; Carneiro, 2002). Partindo desse diagnóstico e olhando para a cidade de São Paulo, teríamos boas razões para acreditar que nessa cidade há uma participação social efetiva. Afinal, como veremos em seguida, a cidade conta com um número crescente de

¹ Este artigo apresenta resultados do projeto “Participação e Inclusão Social no Brasil”, realizado pelo CEBRAP com apoio do Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability/Institute of Development Studies/Sussex University.

Agradecemos a Assessoria de Participação Social da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo, ao Conselho Municipal e às Coordenadorias de Saúde e Conselhos Gestores das Subprefeituras o apoio e as entrevistas concedidas ao projeto; a John Gaventa, Argelina Figueiredo, Andrea Cornwall, Alex Shankland, Joanna Wheeler, Mariana Cifuentes, Barbara Pozzoni e ao grupo da pesquisa “Spaces for Change” os valiosos comentários e sugestões e a Carolina Galvanezzi, André Mendes e José Luis Hernandez a valiosa contribuição no levantamento e organização dos dados da pesquisa.

² Vera Schattan P. Coelho é doutora em ciências sociais, pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e coordenadora do projeto “Participação e Inclusão Social no Brasil”; José Veríssimo é cientista social e mestrando do Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo USP.

fóruns participativos e, também, com atores sociais e estatais organizados e interessados na participação social.

Os dados da pesquisa sobre associativismo em São Paulo (Avritzer et al, 2003) mostram que um amplo espectro da sociedade civil, que inclui moradores das áreas mais pobres da cidade, está fazendo um investimento estratégico nas associações como forma de ganhar voz no processo político no qual são tomadas decisões que afetam suas vidas, incluindo-se aí os fóruns participativos. O associativismo popular aparece na pesquisa como o que agrega tanto o grupo de associações comunitárias, quanto aquelas ligadas às questões de moradia, saúde e educação. Esse grupo abarca 5% da população da cidade, o que significa que cerca de 500.000 pessoas estão envolvidas nessas associações, ou quase 20% da população associada na cidade de São Paulo. Metade dessa população tem renda de até dois salários mínimos, cursou apenas o primeiro grau completo e quase 60% são mulheres. Esses dados apontam no mesmo sentido dos dados que encontramos na pesquisa sobre Conselhos de Saúde na cidade de São Paulo³: os muito pobres e iletrados seguem não participando, mas uma importante porcentagem dos que participam conta com pouca escolaridade e baixo nível de renda. Ou seja, os pobres estão participando. Dos outros 80%, 51% concentram-se nas organizações religiosas, sendo interessante lembrar que existe um conjunto expressivo dessas associações que também atua em questões comunitárias, de moradia e saúde, o que sugere que entre a população associada há uma marcada preocupação com as questões sociais.

Do lado dos atores estatais os números também impressionam. A partir de 2002, na gestão da Prefeita Marta Suplicy (PT), foram implantados conselhos gestores de saúde nas 31 subprefeituras da cidade⁴. Somando os participantes dos

³ Essa pesquisa é parte do projeto "Participação e Inclusão Social".

⁴ Em 2000 a cidade foi dividida em 41 distritos de saúde aos quais correspondiam 41 conselhos distritais. Em meados de 2003 a cidade foi dividida em 31 subprefeituras, e os conselhos distritais foram absorvidos por elas e passaram a ser chamados conselhos gestores. Para tornar

vários conselhos de saúde existentes na cidade – o municipal, os das subprefeituras e os das unidades – tem-se hoje cerca de 2.500 pessoas comparecendo à suas reuniões mensais. Para ampliar o número de conselhos em menos de dois anos, e dispondo de recursos financeiros bastante limitados, foi fundamental contar com a participação dos sanitaristas⁵ nas coordenadorias de saúde. Esse grupo vem se organizando há quase trinta anos e trabalhando na defesa do Sistema Único de Saúde⁶, um sistema que aposta na participação social como um mecanismo crucial para tornar a política de saúde mais permeável às necessidades da população e mais transparente e aberta ao controle social. Esse processo testemunha o esforço que vem sendo feito para enraizar institucionalmente a participação social no interior do Poder Executivo (Coelho 2004).

Essas condições favoráveis sugerem que a cidade conta com as condições necessárias para o bom funcionamento das instâncias participativas e que, se as premissas dos promotores da participação social forem corretas, é possível esperar que a política de saúde em curso na cidade venha a se tornar mais responsiva às necessidades dos segmentos mais pobres e vulneráveis da população.

Neste artigo vamos argumentar que essas condições, embora necessárias, não são suficientes para promover a participação esperada. Essa participação depende da capacidade das instâncias participativas de mitigar, ao menos parcialmente, o efeito das desigualdades que decorrem da distribuição desigual de recursos políticos e comunicativos entre os vários atores. Para que isso ocorra, será necessário rever os procedimentos de escolha daqueles que representam a sociedade civil nesses conselhos e, no trabalho do dia a dia,

o texto mais fluente utilizaremos os termos “conselhos gestores” para nos referirmos aos dois períodos.

⁵ O movimento sanitarista mobiliza profissionais da área de saúde e em especial da saúde pública.

⁶ O SUS foi definido na Constituição de 1988 como sendo público e responsável por oferecer acesso universal e gratuito aos serviços de saúde.

promover metodologias que promovam dinâmicas mais inclusivas. Nesse sentido, é preciso ir além da idéia de que atores sociais e estatais organizados e comprometidos com o projeto da participação sustentarão seu sucesso e buscar entender em que condições esses atores tentarão organizar esses espaços dentro das regras que, como apontou Doimo (1995), regem o espaço do “político”, isto é, dentro de “regras consensualmente aceitas, que permitam equalizar politicamente as diferenças e, assim, regular as relações entre o Estado e a sociedade”, favorecendo a efetiva inclusão seja dos segmentos mais pobres e vulneráveis da população, seja desse amplo espectro da sociedade civil identificado na pesquisa sobre associativismo em São Paulo.

A escolha dos representantes da sociedade civil

A seguir são apresentados dados colhidos em duas etapas da pesquisa sobre “Participação e Inclusão Social no Brasil”. Um dos objetivos dessa pesquisa é conhecer os procedimentos usados para escolher os representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde, discutir à luz da literatura a aderência desses procedimentos aos requisitos de legitimidade democrática que devem ser levados em conta nos processos participativos e investigar em que medida a presença de uma sociedade civil mobilizada e/ou de gestores públicos comprometidos com o projeto da participação social pode contribuir para a adoção de procedimentos mais inclusivos.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada entre 2000 e 2002 junto ao Conselho Municipal de Saúde e a quatro conselhos gestores localizados na Zona Leste – dois deles apresentando melhores indicadores para renda e educação do chefe de família, e os outros dois apresentando os piores indicadores para essas mesmas variáveis. Nessa etapa foram realizadas 119 entrevistas, com 69 conselheiros e 50 líderes de associações, sendo 28 deles ligados a associações

presentes nos conselhos e 22 a associações sem esse vínculo⁷. Os secretários executivos dos conselhos também foram entrevistados. Foram ainda acompanhadas as sessões regulares e extraordinárias desses conselhos, o processo de eleição dos conselheiros e as Conferências Municipais de Saúde, e analisadas as minutas, as listas de presença e os regimentos internos. A segunda etapa foi realizada em 2003, durante o primeiro mandato dos 31 conselhos gestores das subprefeituras, tendo por objetivo conhecer seus aspectos organizacionais e fazer um primeiro levantamento dos atores participantes.

No Conselho Municipal há 32 conselheiros efetivos e 32 suplentes; nos conselhos gestores das subprefeituras há 24 conselheiros efetivos e 24 suplentes; e nos conselhos de unidade em geral são oito conselheiros efetivos e oito suplentes⁸. O governo é representado por funcionários indicados pelo secretário de saúde, pelo subprefeito ou pelo coordenador de saúde da subprefeitura. No caso dos usuários e dos prestadores de serviços públicos e privados, a definição dos segmentos a serem representados e do número de cadeiras destinado a cada um deles está inscrita no regimento interno. Esse regimento foi definido pelos próprios conselheiros quando o Conselho foi instaurado e, uma vez regulamentado, passou a ter o estatuto de lei (Mendes, 2002). Assim, por exemplo, no Conselho Municipal há seis representantes dos movimentos sociais, cinco representantes dos movimentos comunitários, dois representantes dos sindicatos, dois representantes dos portadores de doenças crônicas e um representante dos portadores de deficiência⁹.

⁷ As associações sem vínculo com os conselhos foram selecionadas no cadastro de associações da Zona Leste fornecido pelo SEBRAE, em *CD-ROM*, no ano 2000.

⁸ Em 2001 a lei rezava que esses conselhos deveriam contar com um total de 16 representantes, sendo oito da sociedade civil. Hoje esses totais são 24 e 12 respectivamente.

⁹ Essa distribuição de cadeiras pode ser entendida a partir da participação dos movimentos sociais tanto no processo de redemocratização quanto em sua luta para melhorar as condições de saúde na cidade de São Paulo e institucionalizar o Conselho Municipal. Mas, ainda assim, é difícil justificar a partir dessa narrativa a distribuição de cadeiras que hoje existe no Conselho Municipal (Coelho, 2004a).

Os movimentos, associações e segmentos definem seus candidatos, e há uma reunião aberta durante a qual são formalizados os mandatos. Tanto no caso do Conselho Municipal quanto dos conselhos gestores as eleições são divulgadas, e os técnicos do sistema de saúde acompanham o processo de indicação dos representantes. Esses processos, no entanto, têm sido pouco documentados. Fazemos a seguir uma descrição genérica da realidade que encontramos¹⁰ em 2002, quando os conselhos gestores estavam sendo organizados.

Em 2001, a Secretaria de Saúde encarregou as coordenadorias de saúde das subprefeituras de organizarem seus conselhos gestores em prazos bastante exíguos e sem destinar recursos substantivos para esse fim. Os coordenadores assumiram pessoalmente a tarefa ou designaram-na a algum outro funcionário. Para realizá-la, era preciso definir um espaço onde o conselho pudesse se reunir e garantir a posse de 16 conselheiros, que deveriam dar seguimento às atividades de redação do regimento interno.

Para dar conta dessa última tarefa dentro do prazo e com os recursos disponíveis, restaram poucas alternativas aos coordenadores ou aos responsáveis designados além de sair atrás das associações com quem já mantinham relações prévias, pedindo-lhes que enviassem um representante para a reunião de constituição do Conselho. E foi exatamente isso o que foi feito. Assim, por exemplo, em uma das pastorais contatadas, que reúne mais de cem pessoas em seus eventos, foi perguntado a alguns dos participantes se eles poderiam se candidatar a conselheiros. Aqueles que aceitaram tiveram seus nomes apresentados a todos os participantes, para serem votados, e foram confirmados como candidatos daquela pastoral. Na data combinada, esses candidatos se dirigiram à sede da coordenadoria de saúde, onde foram aclamados conselheiros, uma vez que havia um número igual de candidatos e vagas. Alguns desses candidatos relataram que ficaram surpresos ao se dar

¹⁰ Para evitar constrangimento, não citamos nomes. Entrevistas concedidas ao projeto “Participação e Inclusão Social no Brasil” realizado pelo CEBRAP.

conta de que já conheciam os demais. Eram representantes das pastorais, dos movimentos sociais, dos sindicatos e do orçamento participativo.

Esse breve relato aponta para um fato que apareceu em todos os processos eleitorais que acompanhamos nessa primeira fase: o recrutamento para participar da organização dos conselhos foi realizado por gestores públicos junto a uma rede de associações já conhecidas. Enquanto isso, outros grupos organizados, mas sem os mesmos vínculos políticos, permaneceram à margem do processo, como mostram as entrevistas que fizemos com 22 líderes de associações que trabalham na região com temas associados à saúde, mas que não participam do conselho: apenas cinco deles sabiam da existência desses conselhos. Essa forma quase caseira de organizar os conselhos gestores pode facilmente aprisioná-los em um círculo vicioso, no qual a cada processo eleitoral se repete a estratégia de contatar as associações com as quais existem vínculos.

No sentido de verificar se essa dinâmica se repetiu nas eleições seguintes, realizamos, em 2004, um levantamento abrangente junto às 31 subprefeituras. Os dados levantados sugerem que essas eleições foram organizadas de forma bastante variada nas diferentes subprefeituras. Assim, se em algumas delas o processo eleitoral ficou a cargo da sociedade civil e em outras ele seguiu restrito ao âmbito das organizações já conhecidas dos gestores públicos, também houve casos de um ativo trabalho desses gestores no sentido de contatar e envolver um amplo espectro de organizações e usuários.

Para avançar na identificação das diferenças entre os processos eleitorais que ocorreram nas várias subprefeituras, aferimos se foi organizado um banco de dados sobre as associações e movimentos da região, quais os meios utilizados para a divulgação das eleições — jornais, rádio, Internet, correio —, se as candidaturas são franqueadas tanto a indivíduos quanto a organizações e se há documentação disponível sobre todo o processo eleitoral. Também buscamos

aferir a existência de contatos sistemáticos entre o conselho, a sociedade civil, o sistema de saúde e o sistema político, porque acreditamos que com o incremento desses contatos os conselhos tendem a se tornar mais conhecidos, ampliando-se as chances de que as eleições se tornem mais concorridas.

No que se refere aos procedimentos de organização do processo de escolha dos representantes, encontramos uma variação importante entre as subprefeituras: 12 das 31 subprefeituras não adotaram ou adotaram apenas um dos procedimentos acima descritos, e apenas seis adotaram quatro ou mais desses procedimentos¹¹. Para investigar a existência de contatos entre conselho e sociedade civil, levantamos informações sobre: a prática de convidar associações que não estão representadas oficialmente no conselho a participarem das suas reuniões; a existência de canais de comunicação regular com igrejas, imprensa e associações; a divulgação sistemática de suas deliberações e atividades por meio da imprensa, jornal ou *e-mail*, e a promoção de atividades junto aos munícipes. Também aqui encontramos variações importantes entre as subprefeituras: dos 31 conselhos, apenas nove estabeleceram relações regulares com a sociedade civil, divulgando suas deliberações e convidando munícipes e associações para diferentes atividades. Os contatos entre conselho e sistema de saúde se referem aos encontros entre conselheiros, por um lado, e profissionais, gestores e secretário de saúde, de outro, bem como à troca de material entre conselhos e unidades de saúde. Nesse caso encontramos uma grande variação entre as subprefeituras, mas 16 conselhos já estabeleceram relações regulares com outras instâncias do sistema de saúde. Finalmente, o contato com o sistema político se refere a contatos com a Assembléia Legislativa, a Câmara dos Vereadores, o Ministério Público, com sindicatos, subprefeitos, deputados e vereadores. Nesse caso, encontramos dez conselhos que reportaram ter recebido projetos de lei para discutir ou que encaminharam posições e reivindicações a essas instâncias. Os dados

¹¹ Os resultados agregados para o conjunto das questões é apresentado na Tabela 1 no final do texto.

levantados mostram, portanto, uma grande variação na organização do processo de escolha de representantes da sociedade civil e na intensidade dos vínculos que os conselhos vêm estabelecendo com a sociedade civil e os sistemas político e de saúde.

Com o objetivo de aferir a plausibilidade do pressuposto de que os conselhos que melhor pontuaram no levantamento abrigam uma gama mais ampla de segmentos da sociedade civil, isto é, de associações, de movimentos sociais, de sindicatos ou de representantes autônomos, analisamos quatro subprefeituras. Em duas delas, a sociedade civil estava representada no conselho por um único segmento e nas outras duas por mais de três segmentos. Nossa análise, embora restrita a quatro casos, apontou no sentido esperado: os dois conselhos com melhor pontuação tinham mais de três grupos da sociedade civil representados. Na próxima etapa da pesquisa vamos ampliar o número de subprefeituras submetidas a essa análise.

Democratizando os conselhos

Esse conjunto de informações sugere que há uma diversidade importante na atuação dos conselhos nas 31 subprefeituras e que alguns conselhos vêm avançando no sentido de organizar esses espaços dentro das “regras que regem o espaço do político”, o que pode favorecer a efetiva inclusão de um espectro mais amplo de segmentos da sociedade civil.

Nesse ponto, caberia voltar à questão tantas vezes posta pelos autores que tratam do tema: mas, afinal, por que em algumas subprefeituras esse processo aparece de forma tão mais nítida que em outras? Como explicar essas diferenças? Devemos esperar que em regiões onde a sociedade civil participe mais ativamente do associativismo popular os processos participativos se tornem mais inclusivos? Ou as diferenças encontradas devem ser explicadas

pelos diferentes graus de comprometimento dos gestores públicos para com esse projeto?

Para responder a essas questões, investigamos a existência de relações sistemáticas nas subprefeituras entre, por um lado, a adoção de procedimentos mais inclusivos e o estabelecimento de relações entre o conselho, a sociedade civil e os sistemas políticos e de saúde e, por outro, o grau de associativismo popular e o comprometimento dos gestores públicos com esse projeto. O comportamento associativo foi avaliado com base nos dados da pesquisa sobre “Associativismo em São Paulo” e se refere ao número de pessoas que declaram participar de atividades ligadas ao associativismo popular. O grau de compromisso do gestor público com o projeto de participação social foi inferido com base nas respostas às questões sobre a existência de dotação orçamentária, o tipo de informação enviada e a forma como é disponibilizada para os conselhos, a regularidade no envio dessas informações, a presença do coordenador de saúde junto ao conselho e a facilidade no acesso dos conselheiros às autoridades e às informações que solicitam.

Nossos resultados apontam para uma correlação positiva e significativa entre a presença de gestores comprometidos, a adoção de procedimentos mais inclusivos e o estabelecimento de relações sistemáticas entre o conselho, a sociedade civil e os sistemas políticos e de saúde, sugerindo que a atuação dos gestores tem sido decisiva para democratizar ao menos parte do processo de escolha de representantes da sociedade civil¹². Esses resultados não devem obscurecer, no entanto, o fato dessas inovações estarem ainda limitadas quase que somente aos procedimentos de divulgação das eleições, tendo se experimentado muito pouco no âmbito dos critérios e procedimentos de escolha utilizados.

¹² Encontramos uma relação positiva e significativa entre ambos (correlação de Pierson = 0,614**).

Nesse sentido, chama a atenção o descompasso entre o dinamismo com que se investiu na multiplicação dos conselhos gestores — sejam eles estaduais, municipais, distritais ou de unidade — e a quase ausência de debate em torno das questões procedimentais envolvidas na construção institucional desses espaços. Há também uma falta de sintonia entre essas experiências e a literatura que tem discutido os critérios e procedimentos que podem fomentar a participação dos grupos sociais tradicionalmente excluídos (Cornwall, 2004; Gaventa, 2004). Essa literatura aponta várias possibilidades, entre elas (1) identificar pessoas, grupos ou associações que representam interesses de alguma forma afetados pelas políticas a serem implementadas. Schmitter (2001) descreve esse tipo de representação, que se aproxima bastante da que temos nos conselhos, como sendo de *stakeholders*. Outros autores defendem que a representação seja organizada de forma a (2) reproduzir o perfil sociodemográfico da população (Fishkin, 1995) e, a partir daí, (3) compensar os participantes pelos custos de participar, de forma a incentivar a participação dos mais desfavorecidos (Font, 2004). Outras possibilidades seriam: (4) representar as principais posições em disputa (Carpini, 2001), (5) fazer uso de princípios de ação afirmativa ou (6) oferecer incentivos estruturais capazes de fomentar a participação de grupos vulneráveis¹³ (Fung, 2003).

A adoção de qualquer desses procedimentos depende, no entanto, da decisão de arcar com custos bem maiores que os atuais. Nossos resultados mostram que a disseminação dos conselhos se deu em um contexto de escassez de recursos e que os gestores públicos buscaram viabilizá-los a baixo custo, mas mostram também que após um curto período de tempo algumas regiões passaram a investir em processos mais custosos, que favorecem a inclusão de um espectro mais amplo de segmentos da sociedade civil. Esse histórico autoriza algum otimismo quanto à possibilidade de que se amplie o debate e a experimentação em torno das questões e práticas associadas ao tema da

¹³ Esses incentivos derivam dos bens que podem ser oferecidos, por meio de processos participativos, para serem desfrutados pela coletividade, e não individualmente, como bens privados.

construção de uma representação que, sendo inclusiva, atenda aos requisitos de legitimidade democrática.

Conclusão

Os conselhos de saúde são parte de um movimento no qual atores políticos e sociedade civil somaram forças para institucionalizar a participação social no processo de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas. A experiência dos conselhos de saúde analisada neste artigo revelou uma diversidade importante dos procedimentos que vêm sendo usados, pelos conselhos gestores de saúde das subprefeituras, para organizar o processo de escolha de representantes da sociedade civil e da intensidade de contatos que eles mantêm com a sociedade civil e os sistemas político e de saúde. Mostrou também que a adoção desses procedimentos nas diferentes subprefeituras está mais claramente associada à presença de gestores comprometidos com o projeto da participação social do que aos níveis de associativismo popular aí presentes.

Essa experiência mostra, portanto, que a cidade de São Paulo conta com gestores públicos que têm trabalhado no sentido de democratizar os conselhos, mas mostra também que essa experiência ainda é limitada. Nessa linha, sugerimos a revisão dos critérios e procedimentos de escolha dos representantes, aprofundando o debate em torno das alternativas que poderiam fomentar a inclusão, sobretudo dos grupos tradicionalmente excluídos. Resta saber se os atores envolvidos nesse processo se sentirão motivados e com capacidade de seguir esse caminho. A resposta será dada na esfera da política, mas o esforço realizado nesses últimos anos para a construção de instituições participativas, os resultados já alcançados e as promessas que seguem associadas a esse projeto autorizam conjecturar sobre a ampliação do espectro

de atores sociais, estatais e políticos motivados a participar na sua concretização.

Anexos

**Tabela 1- Características dos conselhos, da gestão da participação social local e do associativismo popular, segundo subprefeituras
Município de São Paulo - 2004**

Subprefeitura	Escolha de representantes e contatos*	Gestão da Participação**	Associativismo Popular***
Aricanduva	15	15	1
Butanta	9	9	12
Campo Limpo	8	11	3
Casa Verde	8	9	9
Cidade Ademar	9	8	5
Cidade Tiradentes	4	10	5
Ermelino	9	14	0
Freguesia do O	10	9	7
Guaianazes	10	14	1
Ipiranga	0	2	7
Itaim Paulista	9	8	11
Itaquera	2	5	8
Jabaquara	13	13	6
Jd Angela	4	3	13
Lapa	6	11	6
Mooca	10	11	4
Parelheiros	6	12	3
Penha	7	9	14
Perus	9	12	2
Pinheiros	12	11	13
Pirituba	7	11	16
Santana	9	15	7
Santo Amaro	7	11	3
Sao Mateus	7	11	4
Sao Miguel	8	11	6
Se	9	10	13
Socorro	14	12	2
Tremembe	6	10	5
VI Maria	7	12	12
VI Mariana	10	6	7
VI Prudente/Sapopemba	6	11	13

Fonte: Pesquisa "Participação e Inclusão Social no Brasil". Levantamento realizado pelo CEBRAP em Janeiro e fevereiro de 2004

A primeira coluna da tabela lista as 31 subprefeituras. A segunda coluna* apresenta informações referentes ao processo de escolha dos conselheiros que representam a sociedade civil e à intensidade das relações estabelecidas entre o conselho, a sociedade civil e os sistemas político e de saúde. Os valores apresentados nessa coluna variam de 0 a 15 e quanto maior o valor mais relacionado é o conselho e mais inclusivo são os procedimentos adotados. Esses valores foram calculados a partir das respostas dadas às seguintes questões: 1. se o conselho possui banco de dados sobre as associações estabelecidas na região da Subprefeitura; 2. quantos e quais os métodos de documentação do processo eleitoral; 3. se o conselho, em sua última eleição teve só candidatos autônomos, só associações ou ambos; 4. quais as maneiras de divulgação do

processo eleitoral; 5. contactos feitos com Assembléia Legislativa, Câmara dos Vereadores, Ministério Público e com o Subprefeito; 6. contactos e/ou troca de material com conselhos gestores de unidades; 7. contatos e troca de material com unidades de saúde; 8. contactos com o Secretário de Saúde; 9. contatos com associações não representadas no pleno do conselho; 10. contato com igrejas, sindicatos ou imprensa; 11. convite a entidades ligadas à saúde para eventos organizados pelo conselho; 12. organização de eventos com municípios. A terceira coluna** apresenta informações sobre a gestão dos conselhos. Os valores apresentados nessa coluna variam de 0 a 15 e quanto maior o valor mais comprometido se mostrou o gestor público com o projeto da participação social local. Esses valores foram calculados a partir das respostas dadas às seguintes questões: 1. se o conselho tem dotação orçamentária própria; 2. se o subprefeito encaminha informações sobre as atividades do executivo para o conselho; 3. se o coordenador de saúde vai às reuniões do conselho e com que freqüência; 4. tipo e freqüência das informações disponibilizadas pela coordenadoria para o conselho; 5. dificuldades encontradas pelo conselho na obtenção de informações técnicas, planejamento, orçamentos e contratos; 6. se o coordenador de saúde recebe o conselho em seu gabinete e com que freqüência. A quarta coluna*** apresenta a freqüência ponderada dos que responderam participar de atividades ligadas ao associativismo popular.

Bibliografia Citada

Abrasco (1993) *Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde*. (Série Saúde e movimento, n.1). Brasília: ABRASCO.

Andrade, I. A. L. (1998) "Descentralização e poder municipal no nordeste: os dois lados da moeda" In.: SOARES, J. A. (org.). *O orçamento dos municípios do Nordeste brasileiro*. Brasília: Paralelo15.

Avritzer, L; Recamán, M.; Venturi, G (2003). *Associativismo em São Paulo*. Relatório de Pesquisa. Mimeo

Carneiro, Carla Bronzo L. (2002). "Conselhos: Uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3. Março. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima. Pp: 62-70.

Carpini, Michael X. Delli; Cook, Fay Lomax y Jacobs, Lawrence R. (2003). "Talking Together: discursive capital and civil deliberation in America". *Paper delivered to meeting of Midwest Political Science Association*. Chicago.

Carvalho, A.I. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/ FASE.

Coelho, Vera Schattan (2004). "Brazil's Health Councils: The Challenge of Building Participatory Political Institutions". *IDS Bulletin*. Vol. 35. No.2. April, 2004. Brighton (UK). pp 33- 39.

Cohn, A.; Elias, P. e Jacobi, P. (1993) "Participação popular e gestão de serviços de saúde: Um olhar sobre a experiência do município de São Paulo", *Revista Saúde em Debate*, n. 38/ março. Brasil.

Cornwall, Andrea (2004). "New Democratic Spaces?" The Politics and Dynamics of Institutionalised Participation", *IDS Bulletin*. Vol. 35. No.2. April, 2004. Brighton (UK). pp 1-10.

Doimo, A. M. *A Vez e a Voz do Popular – Movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.

Fishkin, James (1995). *The Voice of the People*. Yale University Press. New Haven.

Font, Joan (2004). *Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías*. Mimeo.

Fung, Archon (2003) "Survey Article: recipes for Public Spheres: eight institutional design choices and their consequences", *Journal of Political Philosophy*. Vol. 11. Blackwell Publishing (USA).

Gaventa, John (2004). *Representation, Community Leadership and Participation: Citizen Involvement in Neighbourhood Renewal and Local Governance*. Mimeo

Mendes, Áquilas N. (2002). "Gestão descentralizada das políticas sociais e democracia local". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima. pp:62-70.

Schmitter, Philippe C. (2001). *Participation in Governance Arrangements*. European University Institute. Mimeo.

Sposati, A. e Lobo, E. (1992) "Controle social e políticas públicas." In: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.4, No.8. Brasil.

Viana, Ana L. (1998) "Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde.", *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. III, No.1. Brasil