

**Published in Ziccardi, Alicia (2004). Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local. Indesol, México D.F**

**Consejos de salud: el desafío de construir instituciones políticas participativas en Brasil<sup>1</sup>**

Vera Schattan P. Coelho<sup>2</sup>

El artículo hace una revisión de los trabajos sobre participación ciudadana, identificando dos grupos de autores: los que atribuyen el suceso o fracaso de los mecanismos participativos al grado de movilización de la sociedad civil, y los que asocian esos resultados al tipo de compromiso de las autoridades políticas con esos mecanismos. A partir de esa revisión se plantea la pregunta que sigue: como esos actores, sociales y estatales, consiguen transformar instituciones poco efectivas en instituciones que contribuyen para hacer valer los intereses de los menos favorecidos? En un intento de responder la cuestión se presenta un estudio sobre los consejos de salud – municipal y distritales – en el Municipio de São Paulo y se argumenta que el suceso de los mecanismos participativos está asociado no solo al grado de movilización y compromiso de los actores citados, sino también a su interés y capacidad de promover innovaciones institucionales que garanticen reglas claras de representación política, así como también procesos de discusión y toma de decisiones que lleven a una participación efectiva de los representantes con menos recursos argumentativos y conocimientos técnicos.

*Participación ciudadana en Brasil*

La población de Brasil es hoy de aproximadamente 170 millones siendo que 22 millones viven en condiciones de extrema pobreza. En este contexto la desigualdad social es un problema crucial y las políticas sociales tienen un papel importante. En verdad, Brasil destina 21% de su Producto Interno Bruto (PIB) a las políticas sociales. Sin embargo, con una oferta creciente de educación pública, salud y seguro social no se alcanzó gran mejora en la calidad de los servicios

---

<sup>1</sup> Este trabajo presenta resultados parciales del proyecto “Health Councils: the challenge of building institutions that matter” del Citizenship DRC/CEBRAP/IDS e fue preparado inicialmente para el Seminario Internacional “Participación Ciudadana y Políticas Sociales en Espacio Local. Balance y Agenda” promovido por IISUNAM-INDESOL-UNESCO-CIDE. Ciudad de Mexico, 21/22 Agosto de 2003.

prestados. Tampoco hay evidencias claras de que estas políticas estén contribuyendo para la reducción de la exclusión social (IPEA, 2001).

En la Constitución de 1988, preparada durante el proceso de redemocratización del país, se intentó proponer una solución para estos problemas combinando políticas sociales universales, descentralización y mecanismos de participación ciudadana. La legislación que reglamentó esas disposiciones fue aprobada en el inicio de los años 90 y promovió cambios en la distribución de recursos entre el gobierno federal, estatal y municipal. Los municipios fueron fortalecidos pasando a ocupar un espacio central para la participación ciudadana en la gestión de las políticas sociales.

Así, en el contexto de los años '90, en el cual ocurrió un intenso debate sobre las debilidades del Estado de Bienestar Social y una creciente defensa del mercado (Gaventa y Cornwall, 2001), asistimos en Brasil, en el ámbito constitucional, a una reafirmación del papel central del Estado para garantizar los derechos de ciudadanía bien como a la propuesta de sellar una alianza entre el Estado y la sociedad civil con el objetivo de transponer dichas debilidades.

En el caso de la participación eso significó la creación de una extensa red de consejos de gestión de las políticas sociales. Los consejos, con responsabilidad en diferentes áreas de política como educación, salud y asistencia social, deben participar en la formulación y gestión de la política social. Ellos fueron organizados en todos los niveles, del local al federal de acuerdo con el principio de paridad entre, por un lado, los representantes de la sociedad civil (que ocupan 50% de las sillas) y, por otro, los del gobierno (25%) y de los prestadores de servicios (25%). Cabe así a los consejos, no solo traer los proyectos del gobierno para la población, sino también llevar sugerencias de la población para varios niveles de gobierno – municipal, estatal y federal. Hoy existen 28.000 consejos de gestión

---

<sup>2</sup> Doctora en Políticas Públicas, investigadora del Centro Brasileiro de Analise e Planejamento (CEBRAP), coordinadora del proyecto "Health Councils: the challenge of building institutions that matter". [veraspc@uol.com.br](mailto:veraspc@uol.com.br)

social en el país. En los años 90, otros tipos de espacio participativo, como el presupuesto participativo, las audiencias públicas y los mecanismos participativos en las agencias de regulación también fueron creados.

En este artículo analizamos a un tipo de consejo de gestión, los consejos de salud. Tenemos hoy 5.000 consejos de salud, uno en cada municipio, que cuentan con la participación de más de 100.000 personas y de un gran número de asociaciones. En las grandes ciudades tenemos también los consejos distritales. Los consejos ejercen funciones deliberativas, consultivas y de fiscalización<sup>3</sup>. Deben aprobar los planes anuales y el presupuesto de la salud y si no lo aprueban la ciudad no recibe recursos del Ministerio de la Salud. Deben además contribuir con la Secretaría Municipal de Salud en la planeación y la definición de las prioridades y la fiscalización de las cuentas. Parte importante de los recursos que el gobierno federal repasa al los municipios viene por un sistema “fondo-a-fondo” y el consejo tiene como verificar sus cuentas y encaminar denuncias caso verifique irregularidades. Los consejos distritales tienen funciones semejantes, pero como no están definidos constitucionalmente no tienen poder deliberativo. (Coelho et al, 2002). Es importante comentar que, si bien el rol de atribuciones legales destaque funciones técnico-administrativos, es la discusión política la que debe caracterizar las actividades de los consejos reservando-se las demás a la administración. (Mercadante,2000).

Los autores que analizaron esos experimentos participativos encontraron una realidad ambigua donde identificaron muchos casos de poco alcance y algunos casos de éxito. Los casos de poco alcance fueron atribuidos tanto a factores culturales, como la tradición autoritaria del Estado y de la sociedad, como a la falta de organización social y la propia resistencia de los actores sociales y estatales en participar (Sposati e Lobo, 1992; Abrasco, 1993; Cohn, Elias e Jacobi, 1993; Carvalho, 1995; Andrade, 1998; Viana, 1998; Carneiro 2002; Pozzoni, 2002). Los casos de éxito fueron interpretados como resultado de la organización de la

---

<sup>3</sup>. Resolución de 1992 del Consejo Nacional de Salud.

sociedad civil y/o del compromiso de la autoridad política con el desarrollo de mecanismos participativos (Heller,1996, 2001; Boschi,1999; Abers, 2000; Fung and Wright, 2002; Marquetti, 2003).

Podemos decir que para esos autores, si la sociedad civil no está organizada y las autoridades políticas no están comprometidas con el proyecto de participación no se debe esperar éxito en los mecanismos participativos. Si crece el compromiso de esos actores con el proyecto aumentan sus posibilidades de éxito. Pero que es tener éxito?

Es grande el debate acerca de lo que podemos esperar como resultado del desarrollo de las instituciones participativas y algunos puntos son aceptados de forma casi consensual entre los autores que tratan del tema. Así se espera que los procesos participativos contribuyan para tornar a los participantes más informados y tolerantes y a los procesos de toma de decisión y gestión más transparentes. Otro tema, ya no tan consensual, apunta para la importancia de que los mecanismos participativos promuevan impactos distributivos<sup>4</sup>.

En este artículo vamos a reconstituir el proceso de organización de los consejos de salud en la ciudad de São Paulo, donde viven 10,5 millones de personas, buscando verificar si las condiciones de suceso descritas por los que estudiaron el tema – organización y compromiso de los actores sociales y estatales – estaban presentes y en que medida esos consejos pasaron a participar de la política de salud. O sea, en este momento no vamos a evaluar los impactos sobre los participantes ni, tampoco, a los impactos distributivos sino investigar si los consejos están teniendo, o no, voz en la toma de decisiones y porqué.

---

<sup>4</sup>. Como en el contexto brasileño, la participación apareció como un elemento capaz de contrarrestar distorsiones distributivas y contribuir para la mejora de la calidad de los servicios nos parece que la capacidad de generar impactos distributivos deba ser considerada en la evaluación del suceso de dichos mecanismos.

## Los consejos de salud en São Paulo

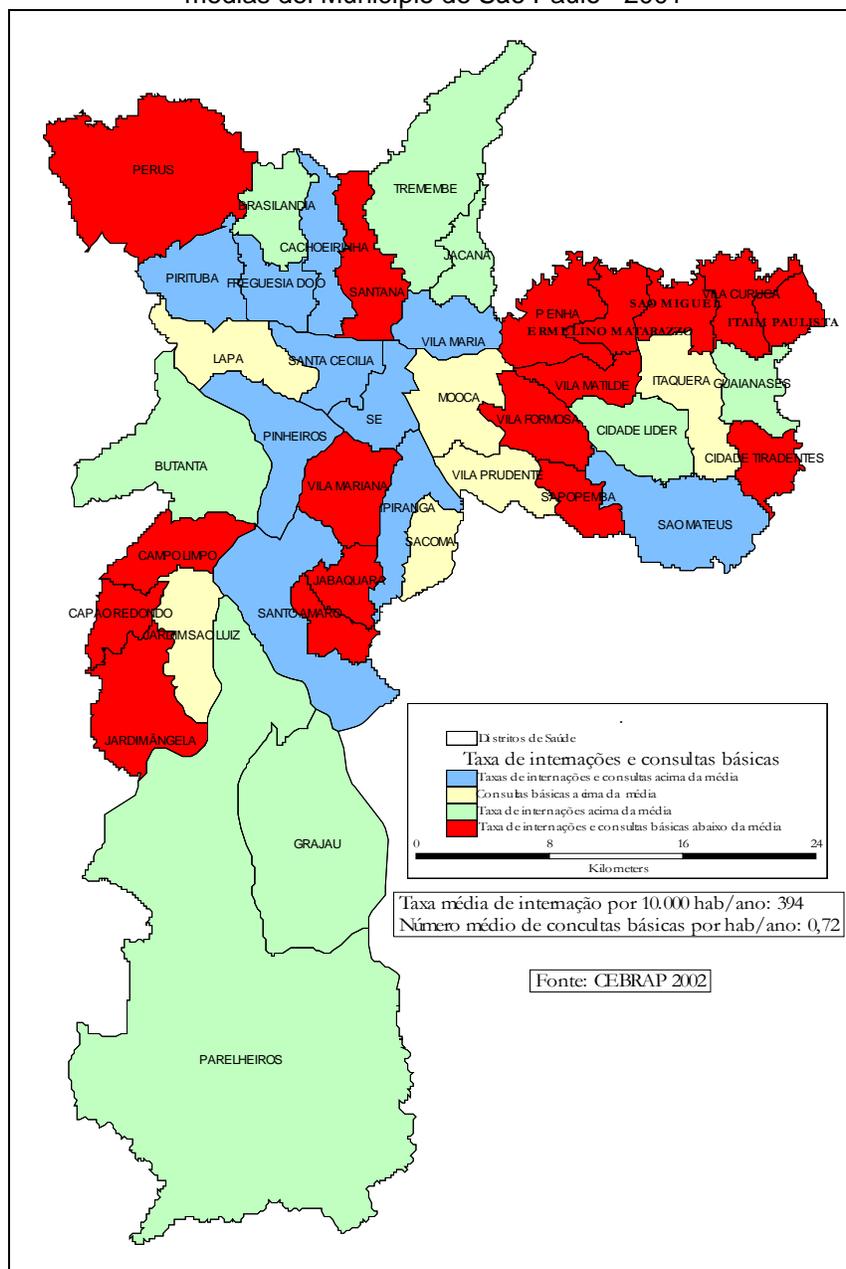
La ciudad de São Paulo es marcada por fuertes desigualdades sociales y en el acceso a los servicios públicos (CEM, 2002). En las dos veces que el Partido de los Trabajadores (PT) gobernó la ciudad apostó en la participación ciudadana y en la creación de consejos de gestión de políticas públicas como instrumentos que podrían ayudar en la corrección de esas desigualdades. Con esa filosofía dividió, en la gestión que se inició en el año de 2000, la ciudad en 31 subayuntamientos y en 41 distritos de salud. Cada distrito cuenta con un consejo distrital de salud. Existe también el Consejo Municipal, el Estatal y el Consejo Nacional de Salud.

El mapa muestra los 41 distritos de salud creados en 2000. La población de esos distritos varía de 180.908 a 418.440 habitantes y, del mismo modo que acontece en muchas otras metrópolis latinoamericanas, las áreas más pobres se encuentran en la periferia. Las áreas en azul, concentradas en el centro<sup>5</sup> de la ciudad, son las que reciben más atención médica general y que tuvieron mayor número de internados en los hospitales. En las del rojo tenemos peor acceso, ellas se distribuyen sobretodo en la periferia de la ciudad. Una de las excepciones es São Mateus que, siendo una región muy pobre, tiene una buena oferta de servicios. Esta región tiene una larga historia de movilización social y de lucha por mejores condiciones de salud, lo que sugiere que la participación política puede contribuir a ampliar el acceso a los servicios públicos (Coelho e Pedrosa, 2002).

---

<sup>5</sup> Las tasas de internaciones en hospital fueran calculadas con base en las internaciones recibidas por los habitantes de los distritos, y no del número de internaciones ofertadas por los hospitales del distrito.

Consultas básicas e internaciones en el SUS  
medias del Município de São Paulo - 2001



En la ciudad hay otras regiones que así como São Mateus tienen una historia de movilización popular. Eso ayuda a comprender el proceso vigoroso y nada trivial de creación de los consejos. El consejo Municipal cuenta con 32 consejeros y los

distritales con 16. Los consejeros son escogidos indirectamente y tienen un mandato imperativo pudiendo ser identificados con las instituciones que los indicaron. El gobierno es representado por funcionarios indicados por el secretario o el director del distrito de salud. En el caso de los usuarios y de los prestadores de servicios la definición de los grupos representados y del número de sillas que cada grupo ocupa es definida por los propios consejeros cuando establecen el reglamento interno del consejo (Mendes, 2002; Moreira, 2002). En dos años fueron creados 40 consejos distritales, lo que significa que más de 1.000 personas fueron movilizadas para participar en por lo menos una reunión mensual. Es un marco importante, sobretodo cuando consideramos que se alcanzó con muy pocos recursos financieros y mucha decisión política.

El análisis de la influencia de esos consejos sobre la política de salud se reveló, entretanto, casi nula. Los consejos discutieron varias políticas y problemas del sistema de salud pero no tuvieron influencia ni en las grandes, ni en las pequeñas decisiones de la Secretaria de Salud (Coelho et al, 2003). Así, por ejemplo, dos de las más importantes políticas de salud del municipio en el período 2000-2002, la creación de las Autarquías<sup>6</sup> y la desaceleración del Programa de Salud de la Familia,<sup>7</sup> fueron decididas, en una administración municipal que anuncia a la participación ciudadana como una de sus diez prioridades (SMS, 2002), sin llevar en cuenta a los consejos<sup>8</sup>.

Muchos al leer esta breve descripción pueden preguntarse si la autoridad política estaba en verdad tan comprometida con desarrollar los mecanismos participativos, o si la sociedad civil era efectivamente tan organizada. El análisis del material que colectamos apuntó que los liderazgos del proceso de descentralización y creación

---

<sup>6</sup> El proyecto de las Autarquías ampliaba la autonomía administrativa de los hospitales e pronto-socorros del municipio.

<sup>7</sup> En ese caso (PSF), el Secretario de Salud y los consejos tenían la misma posición sobre la importancia de expandir, en 2002, la cobertura del programa de 7,35% para 35% de la población. Esa prioridad no fue asumida por la Prefecta que determinó la desaceleración del programa.

<sup>8</sup> En los dos casos se consultó al Consejo Municipal pero cuando quedó claro que sus posiciones eran distintas de las de Secretaria de Salud el fue apartado del proceso decisorio

de los consejos eran ligados al movimiento sanitarista<sup>9</sup> que milita hace más de veinte años por la construcción de un sistema público, universal y participativo. Entre las asociaciones de la sociedad civil, que entrevistamos y que integraron los primeros consejos, más de la mitad existe desde los años 80, siendo orientadas a la participación política y a informar al ciudadano, además de participar de otros fórums como, por ejemplo, el presupuesto participativo y los consejos de educación y tutelar. El perfil de los actores estatales y sociales involucrados en el proceso, sumado al éxito en la implantación de los consejos, nos llevaron a creer que el problema no estuvo en la falta de compromiso de los actores sociales y estatales con el proceso, sino en la falta de capacidad de esos actores para dinamizar los consejos en cuanto instituciones políticas.

Esa hipótesis ganó cuerpo a partir de la reconstitución de los procesos de organización de los consejos y de elección de los consejeros, así como del acompañamiento de las reuniones de los consejos. Ese trabajo dejó claro que faltó alcanzar un balance adecuado entre la necesidad de, por un lado, garantizar la presencia de la sociedad civil en los consejos recién organizados, y, por otro, de establecer procesos de representación política y de toma de decisión adecuados a una institución que se espera participe de los procesos de formulación y acompañamiento de la política de salud.

Creemos que ese balance depende del interés y capacidad de los actores sociales y estatales en promover el desarrollo institucional. Vamos a aclarar esa hipótesis tomando dos puntos. El primer punto es la cuestión de la representación y de los criterios que deben organizar la representación política en el interior de los mecanismos participativos. La cuestión no es simple, en la democracia representativa tenemos un criterio claro: un hombre, un voto. Pero en nuestro caso estamos pensando en un tipo de representación política que no debe sustituir al Estado, sino que debe complementarlo. Tenemos así que encontrar formas

---

<sup>9</sup> El movimiento sanitarista defendió desde el inicio de los años 80 a una amplia reforma del sistema de salud y fue un actor central en la construcción del Sistema Único de Salud (SUS), un sistema universal, descentralizado, jerarquizado y participativo.

alternativas de representación capaces de garantizar la presencia sea de la sociedad civil organizada, sea de los grupos tradicionalmente excluidos del acceso a los servicios públicos.

Varias alternativas para organizar la representación en esos espacios fueron descritas. Una posibilidad presentada por Schmitter (2001) consiste en identificar personas y/o asociaciones que representan grupos de alguna manera afectados por las políticas que serán implementadas. En otras experiencias se procura organizar una representación que (1) reproduzca el perfil sociodemográfico de la comunidad; (2) represente las principales posiciones en disputa; (3) que sea basada en principios de acción afirmativa; o (4) que esos espacios ofrezcan incentivos estructurales que lleven grupos con bajo ingreso y status a participar<sup>10</sup> (Fung,2003; Carpini,2001).

En São Paulo, las reglas de acceso de la sociedad civil a los consejos de salud son definidas en términos de los segmentos de la sociedad civil organizada. Así, por ejemplo, en el consejo municipal tenemos: 6 representantes de los movimientos populares de salud, 5 de los movimientos sociales, 2 de los sindicatos, 2 de las personas con molestias crónicas y 1 de las personas con deficiencia. El problema es que esa distribución de asientos fue decidida por los propios consejeros cuando establecieron el regimiento interno del consejo y refleja una red de relaciones previamente existentes entre representantes del gobierno y de los movimientos sociales (Coelho et al, 2003). No hay una justificativa clara de porqué esos grupos, o porqué ese número de asientos para cada uno. Con eso se organiza una red de “incluidos” que cuenta con la participación de los “excluidos organizados” que tienen vínculos con los actores estatales que organizaron los consejos, los excluidos desorganizados y aún los organizados que no tienen esos vínculos siguen no participando.

A la limitación natural de este tipo de representación, que es su incapacidad de incluir a todos los segmentos, se le suma aquella originada en la manera en que está siendo organizado el proceso de definición de quien deben ser los representantes. Existe de hecho una sospecha generalizada sobre la legitimidad de esos representantes, situación que se podría modificar sin grandes dificultades, pues tenemos hoy en São Paulo algunos millares de asociaciones civiles actuando, muchas de las cuales están dispuestas a participar, si estuvieran informadas, en las elecciones. Sin duda, los costos de organizar y divulgar ese proceso son altos, por eso esta es una cuestión central. Sin criterios claros y procesos electorales transparentes, los consejos seguirán carentes de legitimidad política.

El segundo punto es la organización de un proceso de discusión y decisión adecuados a una arena participativa. El problema no es trivial, pues en esas arenas el principio es de igualdad entre los participantes y de que ellos son suficientemente independientes unos en relación a los otros de manera que ninguno pueda imponer su solución a los demás, pero también suficientemente interdependientes de manera que todos pierden sino son capaces de llegar a una solución. O sea, se trata de una dinámica distinta de la que opera en el Estado, donde las decisiones son tomadas a partir de una rígida jerarquía, o en las empresas privadas, que orientan sus decisiones a partir del mercado. En las arenas participativas se espera que las decisiones sean tomadas a partir de un proceso de discusión pública donde debe prevalecer el mejor argumento. En lo que se refiere al proceso de discusión Caprini et ali. (2001), muestran que este puede ser organizado según dos modelos distintos. Uno de ellos busca establecer el consenso, mientras que el otro enfatiza la necesidad de articular las divisiones y diferencias fomentando el conflicto.

---

<sup>10</sup> Esos incentivos estructurales derivam de los bienes que el processo participativo puede ofertar. Los bienes estan referidos a resultados que seran apropiados por la comunidad y no a beneficios individuales.

En las muchas reuniones que participamos tanto en el Consejo Municipal, como en los consejos distritales de São Paulo presenciamos el esfuerzo personal del secretario ejecutivo del consejo y/o del presidente de la mesa para organizar los debates. Eso está resultando en el desarrollo de procesos de trabajo muy variados y poco sistematizados, que raramente alcanzan un balance adecuado entre, por un lado, las necesidades de respetar las diferencias entre los consejeros garantizando a todos la palabra y, por otro, de organizar un proceso decisorio efectivo. Ese balance es, entretanto, crucial para los que buscan influenciar la política de salud a partir del diálogo entre grupos sociales que presentan marcadas asimetrías tanto en el campo argumentativo, como del saber técnico (Fraser, 1995; Pozzoni, 2002; Carneiro, 2002).

Los datos que recogimos permiten afirmar que los consejeros que representan la sociedad civil presentan menos instrucción e ingreso que los consejeros que representan el poder público y los prestadores de servicios.<sup>11</sup> También verificamos que los índices de presencia en las reuniones de los consejos son altos, sobretodo entre los representantes de la sociedad civil. Eso creó una oportunidad real de debate entre grupos sociales que de otra manera difícilmente podrían llegar a discutir políticas de salud. Sin embargo, los propios consejeros evalúan de forma ambigua esa experiencia. Por un lado están felices por participar, pero por otro reconocen que hay mucha desorganización en los debates y que todavía no encontraron formas de organizarse para contribuir en la solución de los complejos problemas de salud del municipio y de los distritos.

Ora, varias técnicas fueron y están siendo desarrolladas con el objetivo de perfeccionar las dinámicas participativas y podrían ser experimentadas en los consejos con el objetivo de tornar su proceso de discusión y decisión más efectivo.

---

<sup>11</sup> Es interesante notar también que en cinco consejos estudiados, 75% de los consejeros representantes de los usuarios eran mujeres. 78% del total de esos consejeros tenían más de 50 años y muchos de ellos son jubilados. Entre 33 consejeros representantes de los usuarios entrevistados, 20 votaron o tienen vínculos con el Partido de los Trabajadores (PT) y 3 con el Partido Comunista de Brasil (PCdoB). De los 15 representantes del gobierno entrevistados 10 eran filiados al PT.

Entre ellas están los arreglos flexibles donde todos los participantes deben asumir rotativamente funciones de coordinación y liderazgo. La actuación de facilitadores entrenados para asegurar que todos los participantes se expresen también puede contribuir para tornar el proceso más efectivo, así como el uso de metodologías participativas para la definición colectiva de los objetivos, el planeamiento de las actividades, su implementación y evaluación (Montoya, 2002). La definición de una agenda adecuada es otro punto destacado por varios autores, una vez que algunas áreas deben beneficiarse poco de la participación por necesitar de conocimientos muy especializados. Pero otras pueden beneficiarse mucho en la medida en que los consejeros pueden dar a conocer a los burócratas y políticos sus preferencias, así como también infórmalos sobre el saber local y sobre lo local. Cabe así un esfuerzo para definir mejor las áreas donde vale la pena invertir en la participación (Fung, 2003). Ocurre que los costos de invertir en metodologías y definir agendas que respondan adecuadamente a las especificidades y a los objetivos de una institución participativa son altos. En que situación interesará a los actores sociales y/o estatales asumir esos costos?

Aún necesitamos conocer mejor las motivaciones de los actores para responder a esa cuestión, pero parece razonable trabajar con el supuesto de que actores sociales más organizados y actores políticos más comprometidos con la participación ciudadana están en mejores condiciones para asumir esos costos. De cualquier manera cabe a ellos evaluar si el desarrollo institucional puede representar de hecho una solución para los problemas hoy vividos por los consejos de salud sea de falta de legitimidad, sea la dificultad de promover la efectiva participación de los menos favorecidos, sea de garantizar su participación en la política de salud.

En resumen, el objetivo fue presentar una idea del proceso de creación de instituciones participativas asociadas al poder ejecutivo que está ocurriendo en Brasil. Es un proceso que impresiona por sus números y dinamismo y que

---

contiene algunas promesas importantes, sobretodo la de abrir las políticas públicas a la participación ciudadana como forma de ampliar el acceso de la población marginada a las políticas sociales. Es una oportunidad. Los resultados no siempre están siendo interpretados como satisfactorios. En parte porque a veces no existe la organización, o la motivación necesarias para participar en esas instituciones. Pero en condiciones favorables también existen dificultades. Los reformadores de los años 80 no imaginaban que los costos de organizar instituciones participativas efectivas serían muy altos. Pero son altos porque las instituciones participativas necesitan comportarse como instituciones políticas para tener impacto en la política. Es decir, tienen que tener criterios claros para definir quienes son los representantes de la sociedad civil y procesos efectivos de discusión y toma de decisión. El desafío esta puesto, cabe a los actores interesados asumir esos costos y no dejar que una oportunidad como esa sea perdida.

### Bibliografía citada

Abres, Rebecca (2001). *Inventando a Democracia: distribuição de recursos públicos através de participação popular em Porto Alegre, RS*. Mimeo

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.

Boschi, Renato (1999) "Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador". *Dados – Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol.42; No.4; pp:528-53. Rio de Janeiro. Brasil.

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; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil

Carpini, Michael X. Delli; Cook, Fay Lomax y Jacobs, Lawrence R. (2003). *Talking Together: discursive capital and civil deliberation in America*. Paper preparado para el Encuentro de la Midwest Political Science Association. Chicago.

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

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" In.: *Revista Saúde em Debate*, n. 38/ março. Brasil

Coelho, Vera S.; Andrade, Ilza Araujo; Montoya, Mariana C. (2002) "Deliberative Fora and the Democratisation of Social Policies in Brazil" appeared in the IDS bulletin, vol.33, No.2, April.

Coelho, Vera Schattan P. e Pedroso, Marcel (2002). "Distribuição de Serviços Públicos de Saúde no Município de São Paulo". *Novos Estudos*. No. 64; Novembro, pp: 141-152. Editora Brasileira de Ciências. São Paulo. Brasil.

Coelho, Vera Schattan P. et al (2003). *Health Councils: the challenge of building institutions that matter*. Annual Report. CEBRAP/DRC/IDS

Fraser, Nancy, (1995). "Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy". In Robbins, B. (ed); *The Phantom Public Sphere*. Minnesota. University of Minnesota Press.

Fung, Archon and Wright, Erik Olin (2002). *Deeping Democracy*. Verso. No prelo.

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

Gaventa, John and Cornwall, Andrea (2001). "From users to choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy". *IDS Working Paper*. No. 127. Brighton. UK.

Heller, Patrick (2001). "Moving the State: the politics of democratic decentralization in Kerala, South Africa, and Porto Alegre". *Politics and Society*. Vol. 29; No.1; March; pp:131-163

IPEA (2001). *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Ano 2. IPEA. Brasília. Brasil.

Marquetti, Adalmir (2003). "Participação e redistribuição: o orçamento participativo em Porto Alegre". In: Avritzer, L. and Navarro Z (eds) *A Inovação Democrática no Brasil*. Cortez Editora. São Paulo. Brasil.

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

Mercadante, Otávio (2000). "Conselhos Municipais de Saúde". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil

Montoya, Mariana C. (2002). *Political Legitimacy of Deliberative Institutions*. M. Phil. Dissertation IDS. Brighton. UK

Moreira, Maria Tarquinia V. (2002) "Instância Deliberativa das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil.

Pozzoni, Barbara (2002). *Citizen Participation and Deliberation in Brazil*. M. Phil. Dissertation. IDS. Brighton. UK

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

