



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Wendhausen, Águeda Lenita P

Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en brasil: estudio de un caso

Revista Española de Salud Pública, vol. 80, núm. 6, noviembre-diciembre, 2006, pp. 697-704

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17080609>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL

RELACIONES DE PODER Y DEMOCRACIA EN LOS CONSEJOS
DE SALUD EN BRASIL: ESTUDIO DE UN CASO

Águeda Lenita P Wendhausen

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

El artículo forma parte de la tesis de Doctorado «Micropoderes em um Conselho Municipal de Saúde», orientada por la Dra. Sandra Caponi, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

Fundamento: La participación social es fundamental para la consolidación de la Reforma Sanitaria brasileña rumbo a la equidad, universalidad y democratización en el acceso a la salud, siendo los Consejos de Salud *forums* vitales para la concretización de esos objetivos. Sin embargo, la cultura autoritaria de nuestras instituciones dificulta una efectiva participación en estas instancias. El objetivo de este trabajo es analizar las relaciones de poder que dan lugar a las prácticas de un Consejo de Salud, buscando comprender el discurso como constructor de la participación en la salud.

Métodos: El caso de estudio cualitativo en un Consejo Municipal de Salud de una Comuna brasileña. El análisis de los discursos fue realizado sobre la base de actas de dos gestiones, documentos legales, entrevistas y observaciones en las reuniones.

Resultados: La presencia cuantitativa de los representantes usuarios no corresponde a la calidad de su participación. El segmento gubernamental se sirve de la mayor parte de los espacios del habla, estableciendo relaciones basadas en la asimetría, determinadas por la escolaridad, profesionalización, por el estatus social de los consejeros y por las relaciones saber y poder, presentes en las instituciones de salud. Identificamos la presencia de resistencias resultantes de los segmentos usuario y de los profesionales de la salud. Sin embargo son puntuales, frágiles y poco articuladas.

Conclusiones: Las prácticas que poseemos pueden volverse en contra de la democracia, para lo cual es necesario invertir en el incremento de poder de los consejeros y usuarios, en la asistencia cotidiana.

Palabras clave: Participación comunitaria. Democracia. Consejos de Salud. Incremento de Poder (empoderamiento).

ABSTRACT

Power Relations and Democracy
in Health Councils in Brazil:
a Case Study

Background: Social participation is fundamental for the consolidation of the Brazilian Health Reform, with the aim of promoting equity, universality and democratization of access to health, and the health councils are vital forums for its concretization. However, the authoritarian culture of our institutions makes effective participation in these organizations difficult. The objective of this work was to analyze the power relations which permeate the practices of a health council, seeking to understand discourse as a builder of participation in health.

Methods: A qualitative case study in a municipal health council in a Brazilian town. The discourse analysis was carried out on the minutes of two management terms, legal documents, interviews and observation during meetings.

Results: The quantitative presence of the user representatives does not correspond to the quality of their participation. The governmental sector uses most of the speaking turns, establishing monological relations, based on the lack of symmetry determined by level of education, professional training, social status of the councilors and the relations of knowledge and power present in the health institutions. We identify resistances coming from the user sectors and the health professionals. However, these are scattered, fragile and not very important.

Conclusions: The current practices that exist can, contrarily, go against democracy, for which is necessary to invest in the empowerment of councilors and users in the day-to-day reality of health care.

Key words: Community participation. Democracy. Health planning councils. Empowerment.

Correspondencia:
Águeda Lenita P. Wendhausen
Caixa Postal 551
Centro - Itajaí
Santa Catarina
Brasil, CEP: 88301-970.
agueda@univali.br

INTRODUCCIÓN

La participación social está siendo discutida ampliamente en el mundo. Está relacionada con los movimientos para la democratización de las estructuras sociales, lo cual deviene de la búsqueda por la equidad y la justicia social, cada vez más necesarias en las sociedades actuales. La falta de equidad es el mayor obstáculo para alcanzar buenos niveles de calidad de vida y salud. En países como Brasil y en otros en los que también las diferencias sociales son alarmantes, la participación social debe ser considerada la fuerza motriz que permite unir a los individuos que, incrementando su poder, pueden calificar el proceso de democratización, de modo que la lucha por la salud extrapole las dimensiones de la propia área, posibilitando transformaciones en las condiciones de la vida de las poblaciones.

En el Brasil el movimiento por la democratización en los años 80 del siglo XX es emblemático en términos del retorno de la democracia brasileña e influye en el área de la salud, convirtiéndose en uno de los objetivos del «Movimiento para la Reforma Sanitaria». Muestra de ello es la 8ª Conferencia Nacional de la Salud de 1986, donde la cuestión de la participación está presente en todas las discusiones, como testimonian diferentes documentos y consta en el Informe final¹.

A pesar de estar instituido como uno de los principios doctrinarios que rigen el Sistema Único de Salud, la participación está institucionalizada por la Ley 8142/90², en forma de Conferencias y Consejos de Salud. Los Consejos de Salud deben actuar en la formulación y proposición de estrategias y en el control de la ejecución de políticas de salud, incluso en sus aspectos económicos y financieros. La composición es la siguiente: 50 % de representantes usuarios; 25% de representantes de profesionales de la salud y 25 % divididos entre representantes de los servicios públicos y privados, con convenios de salud³.

Actualmente, están institucionalizados Consejos de Salud en prácticamente todos los Municipios y Estados brasileños⁴. Por esa causa, al número de Consejos instalados no corresponde la calidad en la participación como consta en algunos estudios⁵⁻¹⁰. Estos destacan problemas en la concretización de la participación, tales como: encubrimiento de las informaciones, manipulación y coartación de los representantes por parte del segmento gubernamental, diferencia de acceso a los recursos de la participación; uso del lenguaje que dificulta la comunicación; diferencia de poder que impide el diálogo. Tales problemas son consecuencia de las prácticas autoritarias con las cuales convivimos en los espacios cotidianos, incluso en el área de la salud, donde se «quieren tener» usuarios bajo diferentes tipos de control, teniendo como objetivo principal lo que técnicamente definimos como resolutivo y con alto valor epidemiológico.

Con la finalidad de contribuir en esta discusión, sobre la participación de la Salud, traemos a colación una cita de nuestra tesis de doctorado, en la cual emprendimos un estudio sobre las relaciones de poder presentes en el Consejo Municipal de Salud de un Municipio del sur de Brasil¹¹.

Las relaciones de poder en los Consejos son el resultado de varios «saberes y poderes» que lo atraviesan y no sólo del derecho de participar, instituido por Ley. Desde esta perspectiva, los escritos de Foucault, proporcionan la posibilidad de un provechoso análisis, pues su base teórica permite una apreciación de las relaciones de poder entre los segmentos envueltos en la participación social. El poder funciona en red, de modo tal que su ejercicio más ínfimo encuentra apoyo en otros puntos de la red; se puede potenciar y potenciar a su vez otros poderes, pues donde hay poder hay resistencia y, aunque, o mejor por eso mismo; ésta, nunca se encuentra en posición de exterioridad en relación con el poder. Esos puntos de resistencia están presentes en toda la red de poder¹².

Pensar en la racionalidad, actualmente impuesta por los servicios de salud, específicamente en órganos de participación colectiva, como los Consejos de Salud implica buscar las raíces de prácticas que, consideradas naturales, perpetúan un estado heterónimo de los sujetos con relación a la salud. Son los pequeños «fascismos cotidianos» que van desgastando la posibilidad de que vivencemos el tan anhelado, estado de Democracia.

Considerando que la producción del discurso es al mismo tiempo controlada, seleccionada, organizada y redistribuida por cierto número de procedimientos¹³, el objetivo de este trabajo fue captar los aquéllos que en las prácticas del Consejo estudiado hicieran que determinados discursos de participación se tornaran posibles y otros no; conocer qué condiciones estarían expuestas para que fueran aceptados, al recaer sobre determinado *corpus*; lo que callan y lo que permiten que sea hecho. En otras palabras qué poderes y resistencias se expresan.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata del estudio de un caso en particular, con un abordaje cualitativo, en el cual para la discusión de los datos nos hemos servido del análisis del discurso y de las proposiciones sobre el poder. Ambos, teniendo como referencia de caso el de Michel Foucault y autores con la misma temática. El local de estudio fue el Consejo de Salud de la Comuna de Itajaí, en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Itajaí, es una ciudad portuaria, localizada en el sur del Brasil. Posee una población de 160.000 habitantes, aproximadamente. La implantación del Consejo de Salud, se remonta a 1992. El Estudio fue realizado entre 1996 y 1999.

Los elementos de análisis fueron documentos (39 actas de las reuniones relativas a la gestión 92/94 y 95/97, Ley de creación del Consejo y reglamento interno); observaciones libres y entrevistas. Sobre las actas se realizó un análisis de donde emergieron cuatro

categorías, de las cuales destacamos dos para el tratamiento en este artículo: *lo que se habla* y *lo que se discute*. Considerando que el discurso dialoga con otros discursos y que se produce en el interior de las instituciones y de los grupos, se buscó identificar en este material (unidades de registro): las relaciones de fuerza; la relación de sentidos; la relación de anticipación¹⁴, operadas por la localización y contabilización: 1) quién habla; 2) cuándo habla; 3) cuánto habla; 4) qué habla; 5) de qué manera habla. Otros elementos de análisis fueron: el ritual y la (dis)continuidad de las reuniones; la composición del Consejo y la evolución de algunos debates. Otro expediente de análisis utilizado (en el texto de las actas), fue la identificación de las hipercodificaciones, propuestas por Eco¹⁵, puesto que en las unidades de registro encontré un gran número de escritos en los cuales identifiqué el uso frecuente de la jerga médica ó político-administrativa. Hipercodificaciones son operaciones de extra-codificación utilizadas en situaciones de comunicación, que permiten al destinatario una competencia discursiva para que responda a una situación discursiva dada; de modo tal que anticipan expresiones de otros, rellenando espacios vacíos de textos, actuando de forma cooperativa para que pueda ser actualizado¹⁵. Las observaciones de las reuniones fueron realizadas durante los años 96/97 y las entrevistas con siete consejeros que participaron en las gestiones analizadas. Los consejeros entrevistados fueron los siguientes: dos (2) representantes del gobierno (uno de la primera y otro de la segunda gestión); dos (2) representantes usuarios (ambos de la segunda gestión); un (1) representante de los profesionales de la Salud primera gestión); un (1) representante de los prestadores de servicios privados (uno de la primera y otro de la segunda gestión); un (1) representante de ámbito de la enseñanza (primera y segunda gestión). Tales perspectivas contribuyeron para que los análisis del contenido fueran relacionados a otros datos, lo cual permitió la construcción de una «cartografía» de las relaciones de poder en el ámbito del Consejo de Salud.

RESULTADOS

En la época del estudio el Consejo poseía 18 miembros con la siguiente distribución de representantes: nueve usuarios (50%); tres profesionales de la salud (17%); cuatro del servicio público de salud (gobierno) (22%); y dos de los servicios privados (11%). La distribución de los representantes no está de acuerdo con lo expuesto por la Ley 8.142/90², sobrepasando los representantes gubernamentales en un 10% por encima de lo recomendado, mientras los profesionales de la salud están por debajo de un 8%.

En cuanto al perfil de los Consejeros desatacamos, para el presente artículo, datos relacionados a la escolaridad y profesión/ocupación de los consejeros. El nivel de escolaridad predominante es el 3º grado completo, con excepción de los representantes usuarios, que en su mayoría posee el 1º grado completo o incompleto. Las profesiones más encontradas son las ligadas a la salud, lo que no ocurre en el segmento de los usuarios.

Al analizar el contenido de las actas y observación de las reuniones, se puede decir que se constituían en un «ritual» preestablecido, que comenzaba con la lectura del acta y su aprobación por parte de los presentes. Inmediatamente después el secretario de salud/presidente del Consejo, informaba sobre las obras o actividades ejecutadas. Algunos consejeros emitían opiniones, pocos discutían el asunto y las decisiones que se seguían eran asentidas por la mayoría de los presentes. La pauta era comunicada en el momento de la reunión y los presentes podían solicitar la inclusión de otros puntos, lo cual difícilmente sucedía. Durante la mayoría de las reuniones hubo pocas discusiones (la menor cantidad de unidades de registro en esta categoría dan fe de esto). Identificamos la falta de continuidad en relación con la presidencia del Consejo (en dos gestiones se sucedieron cuatro presidentes), y períodos de interrupción de las reuniones – de 2 a 7

meses, por 9 veces. Todos los presidentes en las gestiones analizadas acumulaban el cargo de Secretarios Municipales de Salud.

En la categoría **lo que informa** fueron en total 133 unidades de registro del habla, siendo: 78 manifestaciones del segmento gubernamental (58,6 %); de éstas 45,8 %, (28 registros) son del presidente del Consejo (segmento gubernamental). Los demás segmentos (usuarios, profesionales y prestadores de servicio privado), presentan un porcentaje de intervención del 41,4%. Estos datos, la observación hecha *in situ*, y el análisis de estas hablas – su contenido; quien la pronuncia, el modo en que eran comunicados y el uso del lenguaje técnico-científico (que he clasificado de hipercodificaciones), demuestran un largo predominio del segmento gubernamental sobre los demás segmentos, referente al uso del espacio comunicativo. El tono del discurso (como habla) era de «convencimiento del Consejo», de que la Secretaria de Salud estaba realizando todas las acciones «técnicamente» necesarias y posibles para el buen funcionamiento de la salud en el Municipio y por lo tanto, no había nada que cuestionar.

El refuerzo de estos aspectos es la forma en cómo eran respondidos los cuestionamientos de los representantes usuarios. Por un lado las respuestas se utilizan con fuerza en la jerga técnico-administrativa (hipercodificaciones). Encontramos en una de las actas: un Consejero usuario, pregunta «*si la Secretaria de Salud estaría en condiciones de proveer de un balance que todos pudieran entender*», y hubo como respuesta: «*esta es la manera correcta y legal de presentarlo, siendo la función del Consejo avalarlo y al Tribunal de Cuentas, aprobarlo o no*» (acta 38ª). En otros momentos no había interacción en relación con lo que era expresado por los consejeros usuarios, seguía de silencio después de cada intervención (16ª acta).

En la categoría **lo que se discute**, la constatación más importante es que raras veces

había discusión en el transcurso de las gestiones analizadas, especialmente en la segunda. La mayoría de las reuniones se resumían en el ritual ya mencionado. Son 75 unidades de registro en esta categoría, por consiguiente casi la mitad relacionadas a las hablas informativas. En su mayoría están distribuidas entre representantes usuarios y profesionales de la Salud, que se aliaban en defensa de algunas cuestiones específicas.

El análisis de la evolución de algunas discusiones, permitió identificar las relaciones de fuerza con más profundidad. Traemos a colación dos situaciones para este artículo.

La primera se inicia a partir de la denuncia de un consejero usuario sobre el hecho de que los dirigentes del único Hospital de la ciudad, establecieron una normativa a través de la cual disminuían los días de visita a los enfermos de siete a cuatro, y el tiempo de visita de una hora a treinta minutos. A partir de esa discusión, muy polémica, el Consejo de Salud estableció que el Hospital volviera a permitir las visitas diarias de enfermos durante una hora. Pero esta deliberación no tuvo lugar. Con el cambio del presidente del Consejo, después de siete meses de interrupción de las reuniones, el nuevo presidente «comunicó» al Consejo el *«acuerdo hecho entre el presidente/secretario anterior y la dirección del Hospital»*, en el cual el Hospital mantenía la norma de disminución de las visitas.

El segundo debate se produjo al final de la segunda gestión, cuando el presidente dijo que poseía la planilla de costes de los prestadores de servicio privado, pero no la colocaría a disposición de los consejeros por «cuestiones éticas» (hipercodificación). (38ª Acta). En la misma reunión un grupo de consejeros nombrados por el Consejo para hacer una auditoría en las cuentas del Fondo Municipal de Salud, relató irregularidades. Ante esta situación, el presidente se justificó diciendo que él mismo «se haría una auditoría». Se produjo un conflicto. Uno de los representan-

tes de los profesionales, se dice, indignado con la desatención de la secretaria para con el Consejo y que hacía mucho tiempo que no se realizaba una «verdadera reunión», porque el secretario estuvo siempre rodeado de asesores que intimidaban a los consejeros. Un representante de los servicios privados cerró la reunión diciendo que: «el Consejo sólo existe pro-forma». En esta reunión, por primera vez el Consejo no aprobó las cuentas presentadas, denunciando las irregularidades al Ministerio Público.

DISCUSIÓN

En cuanto al perfil de los consejeros, merece atención especial la baja escolaridad de los usuarios (y la probable baja renta) en relación con el resto de los representantes, en su mayoría de tercer grado profesión en el área de la salud. Ante este hecho destacado es difícil pensar que la participación social pueda ocurrir con facilidad, ante de la diferencia de acceso a recursos que podrían calificar la democracia. En este caso, la falta de instrucción, la falta de información sobre cuestiones de salud, leer y escribir, llevaría a estos sujetos a «saber de las cosas» y a ser menos objeto de las prepotencias¹⁶. En una investigación realizada en Quebec¹⁷ en Consejos de Centros Locales de Servicios Comunitarios, se llegó a la conclusión que el poder de los usuarios dependen del estatus socio-económico, pues en las poblaciones de baja renta atendidas, el poder de los usuarios era más frágil. Por esta causa, la escolaridad y el mayor acceso al conocimiento y el factor de la renta, hacen una diferencia al incrementar el poder de los usuarios y viceversa. Sin embargo, como veremos más adelante, la posibilidad de ejercicio del poder se relaciona también con otras variables.

Constatamos el predominio de las hablas del gobierno en relación con los demás segmentos especialmente de los presidentes/secretarios de la salud, pues las hablas no eran distribuidas conforme a la presencia

cuantitativa de los consejeros en cada segmento, o sea que la paridad cuantitativa definida por Ley³, contrasta con el criterio cualitativo, pues los demás segmentos, que representan más del 80% de los asientos del Consejo parecen tener poco que decir. El descontento de los representantes usuarios se potencia por lo que identificamos como «discurso competente» y por la actitud autoritaria que ejercen los presidentes en el Consejo estudiado, que se agudiza más cuando se trata de médicos.

En términos discursivos se podría decir que la condición para el prestigio y para la eficacia de la competencia como discurso del conocimiento depende de la afirmación de la aceptación tácita de la incompetencia de los hombres considerados como sujetos sociales y políticos. Los interlocutores son previamente reconocidos con derecho a hablar y escuchar, los lugares y las circunstancias ya fueron determinadas, para que sea permitido hablar y escuchar; el contenido y la forma ya fueron autorizados, según los cánones de la esfera de su propia competencia¹⁸. Qué esperar de un médico, secretario de salud, sino que diga la verdad?. Por otro lado ¿cómo considerar que desde su lugar, el usuario, tenga alguna «verdad» para ser dicha en este espacio decisivo que es el Consejo?.

Lo que se constata es la práctica de técnicos dirigiéndose a los legos o, lo que podría ser peor, el uso instrumental de un espacio que se pretendía «democrático» para legitimar acciones gubernamentales sin control ni evaluación, como sería la propuesta básica de los Consejos. Los aspectos «rituales» de las reuniones, su discontinuidad, refuerzan que la distribución utilizada tiene sentido por la inmovilidad que provoca. Según Foucault, el ritual define la calificación que deberán tener los individuos que hablan, qué posición deben ocupar y qué tipo de enunciados se deben formular y todo el conjunto de signos que deben ocupar en el discurso¹³.

Esto se dio claramente en el debate sobre el horario de visitas. Quienes tomaron la palabra fueron los representantes de los servicios privados, que eran médicos, sirviéndose del discurso cargado de códigos (hipercodificaciones) y usufructuando poderes privados. Considerando que el uso del discurso competente provocaba un silencio en torno a la participación de los usuarios principalmente, podemos pensarlo como un silenciamiento, en el sentido colocado como que «el sentido es siempre producido desde un lugar, a partir de una posición del sujeto, es decir que estará necesariamente no diciendo «otros» sentidos¹⁹. En este tipo de silenciamiento, que aconteció innumerables veces en el Consejo estudiado, estuvo relacionado la mayoría de las veces con la demarcación de lugares, expresada en el uso de la jerga técnica, el ritual de las reuniones y la jerarquía.

Asimismo, de esa tendencia de fijación de las relaciones de poder, sustentada por mecanismos de micro poder que refuerza la asimetría, las resistencias estaban presentes en el Consejo analizado. Por esta causa, la finalización de las dos situaciones de debate muestra diferencias en su expresión. En el primer debate la postura del Presidente, que hace acuerdos privados con los representantes privados, denuncia la falta de compromiso y la postura ambigua del gobierno en relación con la participación en este forum, pues parece querer neutralizar el control social que él mismo institucionalizó, anulándolo en su expresión. Denuncia, todavía, la dependencia y la dificultad de los demás representantes de resistir orgánicamente a las imposiciones del Secretario de Salud /Presidente del Consejo. Esto demuestra falta de claridad en cuanto a su papel como presidente y participante en el Consejo. El segundo debate nos muestra otra faceta del poder: aquélla que es posible resistir. Asimismo, en detrimento del arsenal del discurso competente – *si no aprobamos las cuentas, el área de la salud será perjudicada*– los consejeros toman una posición y no aprueban las cuen-

tas, por primera en cuatro años de funcionamiento. La constatación de irregularidades en las cuentas lleva a los consejeros a una reflexión sobre el papel pasivo que venían ejerciendo como tales. Además, las expresiones utilizadas en ausencia del presidente del Consejo sintetizan los innumerables «no-dichos» de tantas otras reuniones, provocados por formaciones discursivas que en su conjunto cierran el diálogo en el Consejo, haciendo de él apenas un espacio de legitimación de las políticas gubernamentales.

Las relaciones asimétricas entre los consejeros usuarios y los demás representantes en las gestiones analizadas es uno de los aspectos que más denuncia el uso de una estrategia de silenciamiento a través de discursos considerados «verdaderos» o «autorizados», utilizada principalmente por el segmento gubernamental que refuerza su poder. Esta demarcación de lugares de los consejeros expone una red que coloca la representación de los usuarios en un lugar de silenciamiento. Esto es posible gracias al uso de algunas estrategias que el dispositivo permite, que son el uso del discurso competente; la circunscripción de determinados sujetos en espacios demarcados a partir de los cuales ya tiene, a priori, una expectativa de lo que debe y puede ser dicho.

Las resistencias están presentes. Son originarias principalmente del segmento de usuarios y de los profesionales de la salud. Por esa causa son puntuales y reactivas, puesto que acontecen raras veces, debiendo avanzar hacia un modo más de propuestas y regular. Las reuniones, las actas, la presencia de las personas, la existencia de un Consejo, todo esto demuestra que tenemos «participación». Por eso, al analizarla de cerca, lo que constatamos es un gran silencio en torno a la «participación», denunciando el riesgo de que las prácticas de participación que tenemos pueden contrariamente volverse en contra de la democracia o volverse una metáfora.

Para alterar este cuadro la información debe circular y realizarse en un lenguaje

accesible; el habla del usuario debe ser calificada. La formación de consejeros debe ser acelerada y reivindicada por los propios Consejos, así como también es preciso fijar y estimular más la participación directa en todos los niveles del sistema de salud, por encima de los niveles institucionales. En este sentido, se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de la salud que pueden ser mediadores en la construcción del incremento de poder individual y comunitario, en lo cotidiano de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conferência Nacional de Saúde (BR). 8a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: o Ministério; 1987. p. 17-21.
2. Ministério da Saúde (BR). Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. En: Ministério da Saúde. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília: O Ministério; 1998.
3. Ministério da Saúde (BR). Resolução no 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2ª reimpressão. Brasília: O Ministério; 2003.
4. Correia MV. Que controle social? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
5. Gerschman S. A democracia inconclusa um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
6. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação de comunidades populares. Cad. Saúde Pública 2004; 20: 1670-81.
7. Côrtes SMV. Conselhos municipais de saúde: possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. Cad. Saúde Pública 1998; 14 Suppl 2: 7-18.
8. Borba, J. O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. En: Anais do II Encontro de Pesquisa em saúde: o SUS e a atenção à saúde da família e 1ª Mostra de Pesquisa e Extensão do CCS; 15-17 set, 2004, Itajaí, Brasil. Itajaí: Editora da Univali; 2004.
9. Lima JC. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho

- Municipal de Saúde. Saúde em Debate 2001; 25: 29-39.
10. Labra, E. Capital Social y consejos de salud en Brasil un círculo virtuoso? Cad. Saúde Pública 2002, 18 Suppl:47-55.
11. Wendhausen, A Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1999.
12. Foucault M.. Vigiar e Punir. 11ª ed. São Paulo: Vozes; 1994.
13. Foucault M.. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 1996.
14. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.
15. Eco H. Tratado geral de semiótica. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1997.
16. Demo P. Pobreza Política. São Paulo: Cortez; 1991.
17. Godbout J. La participación contre la démocratie. Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin; 1983.
18. Chauí M. Cultura e democracia o discurso competente e outras falas. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.
19. Orlandi EP. As formas do silêncio no movimento dos sentidos. 3ª ed. Campinas: Unicamp; 1995.