

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

RELAÇÕES DE GÊNERO E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:. Um olhar sobre os potenciais inclusivos dos conselhos municipais de saúde do Brasil.

Uriella Coelho Ribeiro.

Cita:

Uriella Coelho Ribeiro (2009). *RELAÇÕES DE GÊNERO E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:. Um olhar sobre os potenciais inclusivos dos conselhos municipais de saúde do Brasil*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/821>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

RELAÇÕES DE GÊNERO E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:

Um olhar sobre os potenciais inclusivos dos conselhos municipais de saúde do Brasil.

Uriella Coelho Ribeiro

Filiação institucional: Mestranda – Ciência Política – UFMG e pesquisadora do PRODEP – Projeto Democracia Participativa - UFMG

E-mail: uriellaelho@hotmail.com

Introdução

O Brasil vivencia um amplo crescimento nos diversos arranjos e mecanismos de participação popular, desde a década de 1970 (Avritzer, s/d; Dagnino, 2002), apoiados pelo processo de formulação e execução da Constituição de 1988. A partir de então, o Brasil tem se apresentado como solo fértil para a discussão, proposição, implantação e implementação de diversos arranjos e mecanismos de participação popular. Os incrementos em torno participação são sustentados pela aposta na sua potencialidade inclusiva (Cunha, 2006; Dagnino, 2002). Esperava-se que estes novos espaços de participação ampliada contribuíssem para a democratização de Estado, ao propiciar um maior número e mais diverso de atores participantes, historicamente excluídos, no sistema político (Cunha, 2006 e 2007). Neste sentido, a incorporação de novos sujeitos estava diretamente relacionada com a contemplação de novos temas para agenda política dos espaços em questão (Cunha, 2006 e 2007).

As Ciências Sociais tem acompanhando de perto a ampliação da participação e tem apresentado um conjunto substantivo de estudos empíricos que discutem os potenciais inclusivos das experiências. Apesar do acúmulo de trabalhos, existe um déficit de abordagens em torno da dinâmica participativa desses espaços quando se trata das relações de gênero (Gret, 2004; Santos, 2007; Orsato, 2008; Ribeiro, 2008). As relações de gênero são mantidas distanciadas da Ciência Política brasileira, da mesma forma que as teorias feministas não encontram espaços nos debates em torno dos grandes problemas brasileiros (Pinto, 2004).

Essa lacuna representa um problema analítico, porque gênero é um elemento constitutivo das relações sociais e políticas (Santos, 2007). Não perceber se (e como) desigualdades sociais de gênero se reproduzem dentro da estrutura dos espaços participativos é não perceber como a formação social é concretizada por meio de papéis dotados de gênero (Fraser, 1987). Gênero é uma das referências recorrentes pela qual o poder é concebido, legitimado e questionado (Scott, 1990). Desta forma, uma análise crítica sobre a democracia que tenha como preocupação a dimensão inclusiva (mais ou menos acentuada) dos espaços participativos deve expandir seu olhar e pensar como as características sociais (posição social, renda, ocupação etc.) dos indivíduos são compostas em conjunto com outras variáveis, como por exemplo, gênero (Santos, 2007).

Partindo destas informações, este trabalho propõe discutir a dinâmica participativa dentro dos Conselhos Municipais de Saúde (CMSs) do Brasil, a partir de um olhar que busca identificar as relações de gênero presentes nestes espaços. A proposta é analisar os processos de tomada de decisão (produção e fiscalização de políticas públicas) dentro dos CMSs, trazendo informações sobre as políticas públicas que são focos das discussões e decisões e o sobre os atores que participam do processo. O interesse é identificar se (e como) os Conselhos Municipais de Saúde, espaços importantes no processo de democratização do país, são espaços porosos tanto à participação feminina quanto a tematização das questões relacionadas a saúde das mulheres (SM). Pretende-se por em discussão os potenciais inclusivos dos CMSs em relação aos interesses das mulheres e a dinâmica participativa quando se trata das diversas relações de gênero que se configuram nas esferas social e política.

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo detalhado das leis e regimento interno de dezenas de CMSs, assim como foi feita uma análise de conteúdo das atas (ordinárias e extraordinárias) produzidas entre os anos 2003 e 2007 de 12 conselhos de saúde de municípios diversificados que fazem parte da pesquisa “*Democracia, Desigualdade e Políticas Públicas no Brasil*” realizada pelo Projeto Democracia participativa (PRODEP) da UFMG, coordenada pelo professor Leonardo Avritzerⁱ.

A Saúde da Mulher

Os movimentos de mulheres e feministas em torno desta bandeira no Brasil

No Brasil, as mulheres se organizaram de diversas maneiras em busca de seus direitos sociais e políticos. A primeira fase do movimento feminista brasileiro teve como foco a busca pelos direitos políticos. As mulheres tiveram participação ativa na luta pelo sufrágio, assim como nos movimentos contra a ditadura, pela redemocratização, pela anistia aos presos e exilados políticos e pela reforma partidária (Pinto, 2003).

A década de 1980 foi marcada pelo surgimento de dois novos temas principais como bandeira do feminismo: a violência e a saúde (Pinto, 2003). Por um lado, as mulheres de movimentos populares e sindicais buscavam melhorias no atendimento da saúde. Esses movimentos lutavam pelo fim das longas filas de espera, pela falta de vagas, além dos atendimentos impessoais, grosseiros e constrangedores enfrentados pelas mulheres (Mendonça, 1998, p.102). Por outro, os movimentos feministas buscavam ampliar as ações entendidas como parte da área da Saúde da Mulher, desassociando o corpo feminino de um corpo exclusivamente reprodutivo. Estes movimentos tinham como bandeiras idéias associadas à autonomia, ao direito de decidir sobre seu corpo e de tê-lo saudável durante toda a sua vida, além do período da gestação (Pinto, 2003).

Os movimentos de mulheres e feministas que carregavam a bandeira da saúde da mulher propunham que, além do tradicional cuidado com a maternidade e com o câncer de mama e uterino, a questão da saúde feminina fosse ampliada. A proposta era incluir temas controversos como o planejamento familiar, a sexualidade, a violência e o aborto. Todos os temas convergem na idéia central de dissociação do corpo feminino de um corpo exclusivamente reprodutor. Como explícito por Mendonça (1998), um “passo essencial para a emancipação das mulheres teria de ser então a superação dessa 'naturalização do corpo da mulher e de suas funções reprodutivas'” (Mendonça, 1998, p.101).

Essa busca pode ser bem retratada pelo PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) lançado em 1983. Este programa tem como prerrogativa modificar as políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil que, até o surgimento do Programa, focavam o atendimento no grupo materno-infantil (Osis, 1998), com o objetivo de “intervir sobre os corpos das mulheres-mãe, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (Osis, 1998, p.26).

Apesar do PAISM ser considerado um marco e um avanço para a discussão da saúde da mulher, a implantação do programa não é marcada só por vitórias. Discutir as questões relacionadas à saúde das mulheres sempre foi um grande desafio, ao passo que este sempre foi um “tema particularmente sensível e controverso devido à sua abrangência temática e às relações com o Estado que ele implica” (Pinto, 2003, p.83). As bandeiras em torno da saúde da mulher vivenciaram contextos controversos e polêmicos. A violência contra a mulher sempre foi considerada como uma questão

do âmbito privado; o planejamento familiar sempre foi associado ao controle da natalidade das populações pobres, (Pinto, 2003); o aborto é um tabu em nosso país predominantemente religioso e conservador, vide as diversas derrotas sofridas pelas tentativas de descriminalização do aborto no Brasil. Desta forma, o tema “SM” carrega complexidade e polêmicas. Apensar de ser, desde 1980, bandeiras dos movimentos feministas e de mulheres, este ainda precisa ser ponto de pauta da política de saúde, pois a situação da saúde feminina ainda encontra diversos desafios.

Conselhos Municipais de Saúde e a Saúde da Mulher

Os conselhos municipais de saúde são a concretização de artigos da Constituição Federal que previam a participação da sociedade civil na gestão e no controle das políticas sociaisⁱⁱ. Hoje os CMSs representam uma das mais importantes destas inovações institucionais previstas. Os conselhos de saúde ocupam uma posição central no processo de ampliação da participação no Brasil, esses são vistos como os embriões do formato de conselhos municipais que se disseminou no Brasil Pós-Constituinte. Além disso, os CMSs estão presentes em 97,6% dos municípios brasileirosⁱⁱⁱ, o que confere a estes destaque no cenário político nacional, ao passo que para que ocorra repasse de recursos municipais, é exigido a presença destes nas cidades^{iv}.

A aposta no potencial inclusivo desses novos espaços não é banal. A inclusão de um maior número e mais diverso de atores participantes diretamente atingidos pelas decisões políticas toma força, ao passo que é bastante amplo o número de pessoas atendidas pelos serviços municipais de saúde. Segundo Côrtes (2002), de 70% a 80% dos procedimentos hospitalares no país e mais de 90% dos relacionados a casos de alta complexidade e custo são financiados por recursos públicos.

Seguindo a lógica da participação compartilhada entre o Estado e a sociedade civil, e o princípio de inclusão dos que não participavam do processo, os conselhos municipais de saúde são compostos por representantes do governo e por representantes da sociedade civil organizados em três categorias, os usuários, os trabalhadores e os prestadores. Geralmente, cinquenta por cento das cadeiras dos CMSs são reservadas para os usuários e o restante é dividida entre o governo, prestadores e trabalhadores^v. Desta forma, os conselhos de saúde dão mais peso para a participação de membros da sociedade civil, diferentemente dos conselhos municipais de assistência social e dos diretos da criança e do adolescente^{vi}.

Discutir os conselhos municipais de saúde tem bastante relevância, quando se quer saber de que forma está sendo realizada a fiscalização das políticas municipais de saúde e qual a centralidade que a saúde das mulheres ocupa neste cenário. Avaliar os potenciais inclusivos torna-se fundamental, ao passo que os conselhos foram criados a partir desta prerrogativa. Para Cunha (2006) e Tatagiba (2002), os conselhos são espaços institucionais inovadores por possibilitarem a participação de novos atores, por proporem uma composição plural e inclusiva e a abertura para novas temáticas. Neste sentido, abordar os CMSs a partir de um olhar preocupado com as relações de gênero e com a inclusão das mulheres e de seus interesses, trata-se de uma questão necessária para a discussão em torno do aprofundamento democrático, ao passo que as mulheres estiveram localizadas tradicionalmente fora dos espaços de decisão política.

A partir de um conjunto de dados, o trabalho questiona se, e como, a “Saúde da Mulher” faz parte da agenda dos conselhos municipais de saúde analisados. Discutir a formação da agenda a partir das formas de inclusão deste tema pretende ser uma maneira de colocar em questão os potenciais inclusivos dos interesses das mulheres e a dinâmica participativa quando se trata das diversas relações de gênero que se configuram nas esferas social e política. Desta forma, o trabalho objetiva identificar as formas como que a saúde da mulher é abordada nas reuniões dos conselhos de saúde,

fazendo a distinção entre as abordagens tradicionais e as que trazem as faces inovadoras que pleiteavam a saúde integral da mulher como parte da política de saúde no país. Para tanto, esta seção do texto expõe os resultados de uma análise do conteúdo das atas produzidas pelos conselhos pesquisados, entre os anos de 2003 e 2007; e uma análise documental das leis de criação e alteração, Regimentos Internos de diversos CMSs do país^{vii}.

A análise empenhada sobre o conteúdo das atas dos doze conselhos oferece informações sobre os temas mais presentes nas falas registradas nas atas. Os assuntos mais abordados giram em torno do próprio funcionamento dos Conselhos (Organização Interna); b) Formulação e aprovação de projetos (Normatização) e Fiscalização de políticas; d) Controle do Fundo e Financiamento; e) Gestão de políticas relacionada ao atendimento, aos serviços e especialidades; f) Convites, entre outros. Todos os conselhos apresentam um maior registro de falas que carregam o tema relacionado a organização interna dos conselhos, depois Gestão-Atendimento, seguido de Controle-Fiscalização.

Quando se trata da Saúde da Mulher, a presença deste tema ainda é tímida nas reuniões dos CMSs. Em nenhum dos conselhos pesquisados, a quantidade de vezes que o tema “SM” aparece não ultrapassa 7% das falas, quando raros casos se aproximam deste patamar. Além disso, a abordagem do tema, na maioria dos casos, permanece com o foco no cuidado materno-infantil, abrindo brechas para o câncer de mama e do colo uterino, e outras menos amplas para a feminização das doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, a violência contra a mulher, a sexualidade e o aborto não aparecem em nenhum dos casos, apesar da violência e o aborto serem duas constantes nas vidas das mulheres brasileiras e um grande complicador para a saúde destas.

A baixa presença do tema “SM” e a priorização de determinados demonstram que, de acordo com os registros das atas, as reuniões dos conselhos possuem uma dinâmica na qual não se percebe um elo forte entre o que se é pautado nas reuniões e a agenda montada por movimentos de mulheres e feministas em torno da saúde feminina. Para entender melhor a ausência e a presença (mais ou menos acentuada) do tema nos CMSs e as suas formas de abordagens, este trabalho apresenta uma análise da dinâmica das reuniões e do desenho institucional dos conselhos. As variáveis explicativas desta pesquisa transitam entre informações encontradas nas atas e nas regras (leis e regimentos) dos conselhos. Destacam-se aqui: a) a presença numérica de homens e mulheres e o segmento que estes representam, dois dados disponíveis nas atas; b) a delimitação de quais organizações podem pleitear assento nos conselhos, informações disponíveis nas normas dos conselhos.

Ao identificar a presença numérica paritária entre mulheres e homens, a partir da quantidade de vezes que a fala destes são registradas nas atas, percebe-se que os conselhos seguem uma tendência geral de apresentarem um registro maior de falas masculinas nas reuniões. Como um todo, as atas dos conselhos analisados apresentam nos seus registros 68% de falas de participantes do sexo masculino e 32% são de falas femininas. A disparidade entre a quantidade de falas de mulheres e homens nos registros das atas oscila, de forma significativa, entre os conselhos. O CMS de Anápolis (GO) é o conselho que apresenta uma maior desigualdade no número das falas, das falas registradas nas atas, apenas 16% de mulheres e 84% são falas de homens participantes das reuniões. Em contraste, o caso do CMS de Porto Alegre está próximo da paridade numérica entre as vocalizações de homens e mulheres, que têm suas falas registradas nas atas 51% e 49% vezes, respectivamente.

Outra informação importante apresenta quem são os participantes dos conselhos que mais têm suas vocalizações registradas nas atas, de acordo com o segmento que estes representam. Em geral, as atas dos conselhos municipais de saúde apresentam um maior número de falas de participantes do segmento dos usuários. Das vocalizações registradas nas atas dos 12 conselhos pesquisados,

37,98% corresponde a falas de representantes do segmento usuário. Talvez este número possa ser explicado pelas regras que organizam a composição dos conselhos pesquisados, que determinam, em geral, que 50% dos conselheiros sejam do segmento usuários.

Apesar da tendência geral dos conselhos apresentarem um maior registro de falas de conselheiros do segmento usuário nas atas, é perceptível uma diferença nos números quando reorganizados pelo sexo. Quase a metade, 47,62%, das vocalizações de conselheiros do sexo masculino registradas nas atas é de representantes do segmento usuário. No caso das mulheres, a maioria (27,76%) das falas de conselheiras registradas também é de usuárias.

Diferentemente do caso dos homens, que apresentam uma concentração expressiva de falas de conselheiros usuários, as falas das mulheres registradas são mais distribuídas entre os segmentos representados. Proporcionalmente, existe uma quantidade maior de falas de mulheres que representam o segmento dos trabalhadores e do governo. 20,84% das falas femininas registradas são de conselheiras trabalhadoras, ao passo que apenas 12,81% das vocalizações masculinas são dos conselheiros pertencentes a esse mesmo segmento. Da mesma forma, há um maior registro, proporcionalmente, de falas de mulheres representantes do governo^{viii} do que de homens que representam este mesmo segmento. Das falas das mulheres, 27,48% são de conselheiras ou profissionais que representam o governo e, no caso dos homens, 22,19% de suas falas registradas correspondem a este mesmo perfil de participante.

De acordo com o registro das falas apresentado, existem diferenças entre o perfil de mulheres e homens que participam. As falas de mulheres registradas são de atrizes políticas que têm atuação profissional. Ora a mulher é uma profissional direta do setor de saúde, quando ocupa o segmento trabalhador, ora a mulher trabalha de forma direta ou administrativa quando ela é uma representante do governo que atua na área da saúde. Por outro lado, o perfil do homem que mais têm suas falas registradas é de homens usuários do sistema municipal de saúde.

O desenho organizacional dos conselhos, as suas normas, também colabora com a identificação do perfil dos participantes dos conselhos, especialmente o dos conselheiros representantes dos usuários. A análise empenhada sobre as leis e os Regimentos permite identificar que a maioria dos conselhos de saúde pesquisados reserva os assentos destinados aos usuários para determinados tipos/categorias de entidade que trabalha com o tema da saúde, ou já deixa definida a instituição específica. Dos 49 conselhos analisados, 41 já definem os tipos de entidades que poderão pleitear uma vaga no CMS. Dentre estes, apenas 8 conselhos prevêem um assento para organizações que discutem a Saúde da Mulher ou os direitos delas e um define duas vagas para serem disputadas entre organizações de mulheres e mais outras representantes de três outros segmentos temáticos.

Outra informação obtida nas normas que nos ajudam a entender como se estruturam os conselhos, se refere a sua estrutura organizacional. A análise realizada identificou que as leis e Regimentos dos conselhos previam a existência de comissões ou câmaras temáticas, grupos de conselheiros que, com o apoio técnico de funcionários da prefeitura, estudam e discutem de forma mais elaborada determinados assuntos da saúde que serão abordados nas reuniões. Dos 50 conselhos analisados, 41 prevêem a existência desses grupos. Porém, nenhuma das comissões tem como prerrogativa aprofundar na discussão em torno da saúde das mulheres.

De uma forma geral, as informações mencionadas acima falam sobre a presença de determinados perfis de conselheiros e conselheiras. É pertinente supor os dados mencionados como variáveis

explicativas, ao passo que a presença e/ou a ausência de determinadas pessoas modificam o espaço político. Cada indivíduo encontra-se localizado em uma posição ou grupo social no qual vivenciou experiências específicas e desenvolveu pontos de vista particulares, modos de olhar que são pontos de partida nas interações, comunicações e discussões (Young, 2006).

Os conselhos se apresentam como majoritariamente masculino. A maioria das mulheres que fazem o uso da palavra é profissional da saúde, representante do governo ou dos trabalhadores ou prestadores de serviços. Além disso, os participantes usuários são representantes de organizações que, em sua maioria, são predefinidas pelas regras dos conselhos, assim como estas regras também prevêm a existência de comissões temáticas para fomentar as discussões nos conselhos. Porém, não há uma tendência em estruturar os conselhos de uma forma que eles sejam alimentados pelas discussões em torno da saúde das mulheres, ao passo que as normas deste não prevêm nem organizações e nem comissões com tais prerrogativas.

Desta forma, os atores identificados aqui não são, em maioria ou paridade, as mulheres, as quais possuem a perspectiva social da principal agente e sujeita ao estado de saúde do seu próprio corpo. Além disso, as mulheres participantes que têm suas falas registradas nas atas dos conselhos não são as mulheres que participam de grupos que discutem os seus direitos. As mulheres falantes representam, em sua maioria, falas de grupos ligados ao governo ou de profissionais que, podemos supor, têm uma agenda específica^{ix}.

Poderia esperar que os usuários trouxessem ao debate temas ligados às questões relacionadas às suas perspectivas sociais. Tanto os homens quanto as mulheres, do segmento usuário, representam entidades da sociedade civil que não tem a perspectiva de grupos que estão discutindo a saúde da mulher, o que poderia ser um forte ponto de partida para o enriquecimento do debate em torno da saúde feminina. O curioso é que os movimentos de mulheres e feministas têm se organizado desde a década de 1980 em torno deste tema e hoje existem organizações atuantes, organizadas e interligadas atuando pelo país como um todo^x. Mas tal estruturação não resultou em uma conexão entre tais organizações e os CMSs. De acordo com tais informações, os conselhos se apresentam como espaços, até então, não planejados e nem pensados como um local propício para discussões em torno das relações de gênero e a saúde das mulheres.

Os conselhos analisados operam dentro de uma lógica de funcionamento que apresenta limites para a inclusão de novas temáticas, especialmente, as polêmicas, as não consensuais. Esta é a percepção de Fuks e Perissinotto (2005) sobre os conselhos de Curitiba que tendem “a estruturar sua agenda com temas e propostas que estejam em sintonia com os interesses da maioria de seus membros, excluindo temas não consensuais” (p.71). Segundo os autores, as ações visíveis são frutos do inconsciente da ação social baseada no longo processo de “socialização a que os indivíduos foram submetidos e que definem para eles a razoabilidade de determinados objetivos a serem perseguidos” (p.68 e 69). Deste modo, torna-se uma questão necessária para o próprio aprofundamento democrático a inclusão das mulheres nos conselhos de saúde. Mulheres e homens diversos, que possam contribuir com perspectivas variadas, as quais enriquecem os debates, proposições e decisões. Neste ponto, a inclusão das perspectivas das mulheres e dos movimentos de mulheres e feministas nos CMSs, trata-se de acrescentar ao debate mais “perspectivas sociais” e, conseqüentemente, trata-se de enriquecer as potencialidades de um espaço de discussão, fiscalização e formulação de políticas públicas.

BIBLIOGRAFIA

- AVRITZER, Leonardo. *Sociedade Civil e participação Social no Brasil*. <http://www.democraciaparticipativa.org/files/AvritzerSociedadeCivilParticipacaoBrasil.pdf>. Acesso: março/2006
- CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. 2002. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato & FUKS, Mário (orgs.) *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relumbre Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, p. 167-210.
- CUNHA, Eleonora Schettini Martins . A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de Criança e Adolescente no Nordeste. In: Leonardo Avritzer. (Org.). *A participação social no Nordeste*. 1 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007, v. , p. 135-162.
- CUNHA, Eleonora Schettini Martins . O potencial de conselhos de políticas e Orçamentos Participativos para o aprofundamento democrático. In: Evelina Dagnino e Luciana Tatagiba. (Org.). *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos, 2006, v. , p. 25-44.
- FRASER, Nancy. O que é crítico na teoria crítica? O Argumento de Habermas e Gênero” .IN: **BENHABIB, Sheila e CORNELL, Drucilla, *Feminismo Como Crítica da Modernidade*. Editora: RCB 1987.**
- FUKS, Mario e PERISSINOTTO, Renato. Recursos, Decisão e Poder. Conselhos gestores de políticas de Curitiba. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, Vol.21, n.60, 2006.
- FUNG, Achon, “*Receitas para esferas públicas : oito desenhos institucionais e suas conseqüências*”. In: COELHO, Vera Schattan P; NOBRE, Marcos; “Participação e **deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo”. São Paulo: Ed. 34, 2004.
- GRET, Marion. Genre et démocratie participative au Brésil. In: *Reforcer le genre dans la recherche. Approche comparative Sud-Nord*. Bordeaux, IEP, 2004, p.61-70. Disponível em: http://www.cean.sciencespobordeaux.fr/actes_colloque_Genre.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2009.
- MAIA, Mônica Barra e LUZ, Jalmelice. *Mídia e Movimento Feminista. Legalização do Aborto: A fronteira final*. *Revista de saúde sexual e reprodutiva*. Edição 19, Setembro/Outubro de 2005.
- MATTAR, Maria Eduarda. *Direitos diferentes*. Texto acessado em julho de 2008 no sítio <http://www.convencion.org.uy/menu8-037.htm>.
- MENDONÇA, Lígia. Mulher e Saúde: uma avaliação contemporânea. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu; GODINHO, Tatau (org.). *Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores*. São Paulo. Editora Perseu Abramo, 1998.
- ORSATO, Andreia, *GÊNERO E DEMOCRACIA: Rupturas e permanências no Orçamento Participativo de Porto Alegre (2005)*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, 2008.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14, Supl.1: 25-32, 1998.
- PINTO, Céli Regina Jardim. Teorias da democracia: diferenças e identidades na

contemporaneidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. 118p.

PINTO, Céli Regina Jardim. *Uma história do feminismo no Brasil*. São paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

RIBEIRO, Uriella Coelho, *Participação Política e as Relações de Gênero: O caso do Orçamento Participativo de Belo Horizonte*. In: 3º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero. CNPQ/ SPM/ PR/ MCT/ MEC/ UNIFEM, 2008

SANTOS, Cecília McDowell. *Democracia Participativa e Gênero: notas para uma agenda de pesquisa feminista*. In: AVRITZER, Leonardo (org.). *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2007.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v.16, n.2, p. 5-22, jul/dez. 1990.

TATAGIBA, Luciana. 2002. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, p. 17-45.

YOUNG, Íris. Representação Política, Identidade e Minorias. *Lua Nova*, São Paulo, 67, 139-190, 2006.

ⁱ Foram pesquisados os CMSs de Anápolis, Belo Horizonte, Belém, Blumenau, Brasília, Campinas, Florianópolis, Juiz de Fora, Montes Claros, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo.

ⁱⁱ Para as políticas de saúde, o art.198, III previa a “participação da comunidade”; na assistência social, o art. 204, II fala em “participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e controle das ações em todos os níveis”; na educação, o art. 206, VI menciona a “gestão democrática do ensino público” (art. 206, VI).

ⁱⁱⁱ Fonte: “Pesquisa 2001: Perfil dos municípios brasileiros” do IBGE (Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais

^{iv} De acordo com a Lei n.º 8.080/90, art.33, que regula e dá providências sobre os serviços de saúde, “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização do Conselho de Saúde”.

^v De acordo com as informações coletadas na pesquisa “Participação e (Re) Distribuição nas políticas públicas no Brasil”, através da leitura das leis de criação e alteração dos conselhos e seus regimentos interno. Dos 46 conselhos municipais de saúde pesquisados, 40 reservam 50% das cadeiras para os usuários e o restante dos assentos são divididos entre representantes do governo, dos prestadores e dos trabalhadores.

^{vi} De acordo com as informações coletadas na pesquisa “Participação e (Re) Distribuição nas políticas públicas no Brasil”, dos 26 conselhos municipais de assistência social pesquisados, 24 reservam 50% das vagas para representantes do governo. Do mesmo modo, dos 41 conselhos municipais dos direitos da criança e do adolescente pesquisados, 41 organizam a composição da mesma forma, atribuindo 50% das vagas ao governo.

^{vii} Foram pesquisados 49 conselhos em municípios diversos presentes nas cinco regiões brasileiras.

^{viii} Soma de conselheiros do segmento governo mais atores externos do governo que têm suas falas registradas nas atas.

^{ix} Esta suposição toma corpo pelo fato das falas femininas serem marcadas pela apresentação de projetos e relatórios feitos ou pelos governos ou por instituições que trabalham com saúde.

^x Como exemplo, existe a Rede Feminista de Saúde que hoje, só ela, agrega mais de 150 filiadas espalhadas pelo Brasil.