



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Aciole, Giovanni Gurgel

Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, núm. 23, septiembre-diciembre, 2007, pp. 409-  
426

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115440002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social

Giovanni Gurgel Aciole<sup>1</sup>

ACIOLE, G.G. On pedagogical dimensions to citizenship building on social control practice. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.409-26, set/dez 2007.

This paper approaches the practice of social control in the Brazilian public health system in its pedagogical dimension. This experience has been acknowledged as a direct democracy alternative and as a space for defending public interest in health policy. Reflection on the practice of health councils recognizes the conflicts and tensions between individual and collective interests, the culture of individuality and the practice of citizenship. Furthermore, it includes the issue of power in its multiple variants. However, to build social control in the public health system is tantamount to guaranteeing empowerment and overcoming conflicts and tensions between the citizen and the individual dimensions. Finally, it is proposed that these aspects be considered as pedagogical tools for fostering citizenship and democracy, as well as for improving social control in the Brazilian public health system.

**KEY WORDS:** Formal social control. Brazilian public health systems. Citizenship. Health education.

Este artigo aborda a prática do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) em sua dimensão pedagógica. A prática do controle social tem sido saudada como alternativa de democracia direta, e como espaço de defesa do interesse público na política de saúde. A reflexão sobre a ação dos conselhos de saúde reconhece as dificuldades trazidas pelos conflitos e tensões entre interesses individuais e grupais, entre cultura de individualidade e prática de cidadania. Inclui, além disso, a questão do poder, considerado em suas várias vertentes. Contudo, para que se construa o controle social no SUS, são necessários a apropriação e o acúmulo de poder, e a superação das tensões e conflitos entre o indivíduo e o cidadão. Em conclusão, sugere-se que estes aspectos constituam elementos pedagógicos a serem explorados para a construção de cidadania e da democracia, e para o aprimoramento do exercício do controle social e público, no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Controles formais da sociedade. Sistema Único de Saúde. Cidadania. Educação em saúde.

<sup>1</sup> Médico Sanitarista; doutor em Saúde Coletiva; professor, Curso de Medicina, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP. <giovanni@power.ufscar.br>

## Introdução

No processo de construção da reforma sanitária em nosso país, podemos apontar, como uma de suas formulações fundamentais, a que considera construir o fortalecimento da sociedade civil perante o Estado. Em relação a este último aspecto, algumas assertivas adquirem um relativo consenso no campo da saúde coletiva. A primeira delas tornou preceito legal que a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) seja intrinsecamente ligada ao exercício do controle social, o que faz um inaceitável sem o outro. A segunda constatação, decorrente da anterior, aponta que os conselhos de saúde são uma alternativa para a construção da democracia e o fortalecimento da defesa do interesse público na ação do governo e parceiros importantes no processo de gestão do sistema público de saúde (Carvalho, 1997; Fleury, 1997). Tais fatos são considerados como uma efetiva tradução das concepções democráticas da Reforma Sanitária.

Aprofundar o exame dessas premissas implica reconhecer um campo de tensões existentes na dinâmica interna do duplo processo que é, paralelamente, buscar a construção de um sistema único de saúde e consolidar um modelo de gestão participativa. Em ambos os casos, os conselhos são, a um só tempo, instrumento e estratégia. Sob esta dupla via e este duplo valor de uso, interagem os interesses e as necessidades existentes entre o indivíduo conselheiro e o coletivo conselhal, entre a individualidade do participante e a condição de cidadania engajada, sendo esta última condição para a participação nesse tipo de colegiado.

Essas interações adquirem especial importância quando consideradas à luz do que vem sendo tratado como a mais nobre função do colegiado composto: definir o que constitui interesse público, representar a vontade coletiva e apontar o que constitui prioridade para a ação governamental. Este é um conjunto de definições que devem se colocar além e acima dos interesses individuais, das necessidades particulares, da dimensão volitiva que se oculta atrás e adiante da ação militante, do engajamento corporativo e, até mesmo, da atuação cidadã cristalizada em mero mecanismo formal. Esta é a discussão que apontaremos na primeira parte do nosso texto.

Para o alcance daquelas premissas apontadas (construir um sistema único de saúde e democratizar a relação Estado *versus* sociedade); e para o cumprimento destas tarefas (definir o interesse público e direcionar a ação governamental para o seu atendimento), os conselhos de saúde necessitam da apropriação e do acúmulo de poderes específicos (empowerment), por meio dos quais se legitimam e operacionalizam o seu poder-fazer. Poderes específicos que, além de tipificados, merecem uma discussão sobre seus efeitos e o contexto socioinstitucional em que ocorrem. É o que discutiremos na segunda parte de nosso texto.

Ao final, pretendemos assinalar a idéia de que a vivência desse processo possa ser tomada como prática pedagógica e, desta forma, contribuir para a superação das tensões e conflitos entre interesses individuais e coletivos e a diversidade representada pelos diferentes segmentos; assim como considerar a apropriação das dimensões do poder em sua aplicação institucional. Esforço pedagógico que torne substantivo o exercício do controle público sobre a ação

estatal característica do Sistema Único de Saúde hoje. Enquanto elemento potencial de educação permanente, que esta superação represente a dimensão transcendente doadora do sentido da prática do controle público sobre a ação dos governos, tanto para a efetivação da eficácia do SUS, quanto para a construção de relações democráticas e solidárias no espaço social.

### **A dimensão pedagógica da tensão cidadania X individualidade para o controle social**

Analizando as relações entre democracia, cidadania e saúde, Fleury (1997) identificou uma dupla via de concepção de reforma sanitária: institucionalista e movimentista. A primeira, predominante a partir dos anos 1980, recorreu à estratégia de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação entre a experiência singular do sofrimento e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão portador de direitos e deveres perante o Estado, o que dava à cidadania um caráter transformador. A outra se orientou por uma perspectiva de mobilização comunitária e de socialização política, vivendo a contradição entre tomar o Estado como alvo de suas lutas e, ao mesmo tempo, circunscrever essas lutas ao âmbito societário. Nesta segunda, alocamos a participação popular organizada e institucionalizada que tomou a forma de conselhos setoriais e deliberativos.

A multiplicação dos conselhos de saúde no Brasil inteiro tem suscitado a emergência de questões fundamentais acerca dos mecanismos de controle relacionados à efetivação das ações e serviços prestados pelo SUS, sua amplitude e competência. Faz emergir, ainda, a discussão dos mecanismos macropolíticos envolvidos na origem da idéia de participação popular e nos mecanismos de gestão e do controle da ação estatal, que sofrem fortes influências das demandas de interesses das agências mundiais de fomento às políticas públicas nos países em desenvolvimento (Cortes, 1998, 1996).

A implantação de conselhos de saúde na grande maioria dos municípios brasileiros tem sido vista, além disso, como resultado da convergência de duas macrodimensões: uma que estabelece os conselhos enquanto pilar institucional do Sistema de Saúde; e outra que os vê enquanto um dos instrumentos do controle social resultado da luta pela democratização da saúde, e da sociedade em geral, dentro do processo de Reforma Sanitária. Este projeto, formulado enquanto uma utopia igualitária, pressupunha a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local forte, numa gestão social democrática. Sob esta premissa, vai revelar o seu caráter contestatório, na medida em que se insere num universo social polimorfo, desigual, profundamente segmentado, e numa economia pautada pela produção de exclusão, marcada pela situação de crise e de ajustes de natureza liberal, que exerce impacto significativo sobre as políticas sociais. Características que se acentuaram, especialmente, nas duas últimas décadas (Gershmann & Viana, 1997; Fleury, 1994). Mas que têm raízes históricas assentadas profundamente no processo de desenvolvimento do capitalismo mundial e na forma particular do caso brasileiro - de resto, restabelecidas no atual processo de globalização econômica e de reestruturação produtiva que vivenciamos.

Neste cenário, de tendência polarizadora e de exacerbação de crises,

aumentam as dificuldades de concretização de um sistema universal e igualitário de saúde. Dificuldades, inclusive, advindas do hiato entre discursar sobre democracia como um regime de igualdades jurídicas e praticar democracia como um processo de construção de relações desconcentradas de poder. Prática que torna necessária a diferenciação de *uns* e de *outros*. Ou, ainda, quando a democracia é vista apenas como sinônimo de garantia formal de direitos individuais, afirmação de uma igualdade *jus naturalista*, que não transcende os mecanismos fetichistas que subjugam o reino das necessidades (moradia, transporte, educação, saúde, previdência) ao reino das liberdades (de ir e vir, de proteção individual, de propriedade, de escolha etc.).

Para a concepção de democracia tomada numa perspectiva liberal e reforçadora da segmentação social, comunga-se a lógica individualista. A noção de individualidade assentada no binômio do ter e consumir, que nos massifica no reino das mercadorias. A cidadania, por sua vez, apresentada como mediação jurídico/política para a equalização das diferenças individuais perante o Estado, reduz a noção dos direitos sociais a um conjunto de serviços a serem prestados à população na melhoria do seu bem-estar social. Cenário em que a ação política e social pode se perder na perversão, ou na perda do seu sentido público, coletivo e/ou, mesmo, na dificuldade em identificá-lo. Perda e perversão que se somam como obstáculos fundamentais às transformações desejadas pela Reforma Sanitária, tanto na direção da ampliação do acesso em bases universais, quanto na ampliação da participação, portanto, da democratização dos espaços sociais.

Diante do avanço da idéia da realização do indivíduo pela livre manifestação do desejo - enquanto pressuposto da condição de modernidade - que nos arrasta rumo à mercantilização do próprio ser humano, ao passo que reflui o movimento de reivindicação e de luta por direitos, subjugado pelo discurso sedutor do capitalismo triunfante, cabe perguntar: qual cidadania? Que indivíduo se interessa em protagonizar o papel de cidadão conselheiro? Como participar da luta em defesa do estatuto da igualdade e de direitos sociais, quando ele próprio é bombardeado pela afirmação do seu oposto? Neste sentido, como enfrentar as contradições da igualdade jurídica assegurada aos indivíduos na condição de cidadãos? Se cidadania é emancipação, como conciliar a idéia de processo que nunca termina, com a positividade de usufruto de direitos assegurada pela instância ético-normativa? Do mesmo modo, por que participar do processo de decisões políticas, quando a própria política parece desaparecer em meio ao oceano de generalizações - não sem razões, todavia - que coloca a todos os seus praticantes, na visão do senso comum, como cúmplices do tráfico de influências e de interesses mesquinhos, ou, até mesmo, da corrupção como prática subjacente?

Os conselhos de saúde são fóruns que reúnem representações de usuários, trabalhadores e gestores e prestadores de serviços no setor. Com esta composição, se constituem em espaço de mediação dos conflitos decorrentes dos interesses em disputa no setor; disputas que podem ser superadas pela construção de um pacto, um acordo, em que preponderem manifestamente os interesses públicos. A questão reside exatamente em como tornar possível este pacto. De um lado, porque reúne uma grande disparidade de interesses numa sociedade acostumada a resolver seus conflitos e diferenças pela força, pelo conchavo e pelo “jeitinho”; mecanismos em que se confundem os limites, já não

muito precisos, entre o legal e o legítimo. De outro lado, porque tal contrato social implica a superação de contradições e conflitos de classe num país onde o fosso entre aqueles que têm quase tudo e os que não têm quase nada é absurdamente inaceitável. A superação desse fosso envolve tamanha dificuldade que parece confirmar a vocação latino-americana de incompatibilidade entre desenvolvimento social e democracia (Boron, 2001).

A composição dos conselhos, por sua vez, parece confirmar, para Fleury (1994), a idéia de que a política social é, simultaneamente, possibilidade e necessidade do capitalismo, mediada pela intervenção do Estado, e é o resultado das relações históricas entre capital e trabalho que, além disso, envolve três atores principais: a burocracia estatal, a burguesia empresarial e os trabalhadores, sobretudo, urbanos. Política que expressa, assim, a contradição entre a socialização do processo de trabalho e a apropriação privada dos meios de produção; o que está no centro das discussões entre o que constitui demanda privada e o que significa interesse público, o que significa buscar um efetivo deslocamento de poder em direção às classes socioeconômicas mais desfavorecidas.

Num outro prisma, é mister reconhecer, na estrutura jurídica e institucional própria da saúde, a materialização do paradigma democrático na Reforma Sanitária. Paradigma em que consideramos a ampliação do acesso à informação, e, para o qual, a idéia de democratização embute concepções que vão além da forma institucional formal. Fleury (1997), a respeito, considera a estrutura jurídica e institucional da saúde (na qual se incluem os conselhos), como uma sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, em que se aloja o dilema entre representação e participação e, portanto, uma distância entre representantes e representados, isto é, entre legalidade e legitimação. A autora afirma que a dura verdade das dificuldades na implantação do projeto de Reforma Sanitária é a de que não se cria igualdade por lei, mas não se pode consolidar igualdade sem lei: assim também, para nós, se coloca, numa quase tautologia, a questão da legalidade, necessária à existência do coletivo institucional representado pelos conselhos de saúde.

Todavia, este tem sido um espaço ao qual tem ocorrido um número significativo de organizações sociais, especialmente aquelas diretamente envolvidas com a condição de usuários dos serviços, como, por exemplo, as donas de casa, por intermédio das associações de bairros; os portadores de deficiências nas suas várias representações; os sindicatos de trabalhadores urbanos das várias atividades econômicas; os portadores de patologias, etc., talvez até porque representem o contingente mais expressivo a sofrer com a insuficiente capacidade resolutiva de um sistema em permanente construção. Esta gama de associações e organizações da sociedade civil expressa o reconhecimento de saúde como um direito de todos e dever do Estado e do espaço institucional dos conselhos de saúde, assim como das conferências e plenárias setoriais como um campo de explicitação e legitimação das pautas e reivindicações. Os grupos que a este campo acorrem podem ser aqueles que mais candentemente vivem o problema de necessidades específicas de saúde.

Espera-se deles, neste *lôcus*, que atuem pressionando pela redefinição do papel do Estado e pela necessidade de reformulação de suas práticas, no atendimento e na obtenção de reconhecimento político e público às suas lutas e

reivindicações. Neste sentido, a arena dos conselhos, ao proporcionar a esses grupos sociais a possibilidade de lutar pela efetivação de direitos que os qualificam como cidadãos, outorga-lhes o compromisso de se organizarem para amplificar e dar eco às suas reivindicações. Ao mesmo tempo, considerando a própria legitimação da arena, o coletivo ali reunido deve ultrapassar este limite, na medida em que propõe um controle não só fiscalizador, mas também deliberativo e pluralista, cujas funções vão muito além do mero fórum de reivindicações ou de canal qualificado de processamento de demandas.

Para tanto, deseja-se uma prática que universalize o discurso reivindicatório, necessário, a princípio, como propulsor e estimulador dos elos de participação, mas insuficiente para dar conta da superação apontada. Não pretendemos elidir o fato de que a existência de reivindicações e demandas de atendimento pode produzir efeitos pedagógicos e formadores de uma outra consciência política e sanitária. E o entendemos possível, por dois motivos: o primeiro, na medida em que há tanto um antagonismo interno, muitas vezes até conflitante, entre as diferentes petições ou, mesmo, projetos que, sistematicamente, entram em disputa, o que obriga a um processo de discussão argumentativa e negociação, na direção de um agir comunicativo (Habermas, 1987); o segundo, porquanto esta participação e processo de negociação signifiquem envolvimento e apropriação, ou até contaminação com outros discursos, especialmente o técnico.

Há, igualmente, a premissa do movimento sanitário em defesa de que todo cidadão necessita se apropriar de conhecimentos e tecnologias para o exercício pleno do direito à saúde; o que inclui desde a relação dialógica e pedagógica no cuidado médico-paciente até a socialização dos conhecimentos que explicam os determinantes do estado de saúde e da organização dos serviços e da política de saúde. Por outro lado, para o conjunto dos cidadãos envolvidos na prática do controle social, isto significa uma apropriação que os distingue individualmente perante o coletivo institucional que representam. O acúmulo de informações e conhecimentos específicos acaba produzindo um outro grau de participação e vivência, o que inclui os usos interessados desta apropriação na obtenção de ganhos diretos e indiretos: seja no uso instrumental do conhecimento do sistema de saúde para si ou para os que são próximos, seja no engajamento e cooptação de que podem ser vítimas e agentes. A despeito desses fatos e distorções, cumpre assinalar a importância dessa apropriação como caminho para a disseminação de uma cultura sanitária, como elemento integrante da cultura de cidadania que se quer fortalecer, até o ponto em que constitua um movimento contra-hegemônico à passividade esperada de consumidores individuais de serviços.

Os conselhos de saúde parecem representar, ademais, um elemento de reforço na política de desacoplamento entre o espaço civil público e o Estado. Desacoplamento tanto dos espaços burocráticos de poder, quanto dos espaços institucionais de legitimação, como os parlamentos e suas amarras políticas, pressupondo a existência de um campo de interesses, lógicas, estratégias e atuação não coincidentes com a atuação dos espaços parlamentares e do governo, sem, contudo, negar sua importância legal e institucional para o jogo democrático. Um esforço que parece caminhar na direção espinosiana, para quem uma cidade, e a forma política que nela existe, interessa mais por ser livre



do que ser justa. Assim, não é que não importe ser ou não justa, mas o aspecto liberdade é fundamental para que, na cidade, sobreviva o desejo da vida; e o poder, daí decorrente, não seja capturado em grupos particulares identificados com seu exercício, mas sendo o mais possível de todos, não seja de ninguém (Chauí, 2000). Eis, contudo, a liberdade se sobrepondo à questão da igualdade, vez que podemos ser todos inteiramente livres para exercer certo tipo de escolhas, mas temos, certamente, possibilidades desiguais de participação e engajamento na dinâmica social cidadina em que vivemos.

Costa (2002), por exemplo, aponta que a sociedade civil vislumbrada por esta perspectiva de atuação tem maiores dificuldades a enfrentar, o que a distingue em relação à organização política e econômica, seja de partidos, seja de sindicatos. Estas dificuldades emergem da dependência da atenção pública que suas reivindicações necessitam para obtenção dos recursos de poder e de influência; do caráter *ad hoc* de constituição dos grupos, que se dá no contexto das suas próprias ações, não existindo *a priori*; da natureza voluntária e livremente arbitrada no recrutamento de membros; e da complexidade do mundo da vida de que extraem o conjunto de suas pautas, agendas e reivindicações.

Na proposta de conselhos setoriais de saúde (sob a ótica de estruturas da sociedade civil), todavia, há outros méritos além dos da formalidade institucional, visto que possam ser lugares fomentadores de uma cultura democrática, plena de subjetividade; arena que supõe complexidade, mas que pode ser aglutinadora de diversidade, produtora de um sentimento de pertença coletivista (Carvalho, 1997). Até porque a condição social da modernidade tem trazido, na forma de inovação política, vínculos crescentes entre cidadania e individualidade e entre estas e a democracia (Bobbio, 1997; Santos, 1997). Vínculos que tornam cada vez mais difícil dissociar onde começa uma e termina outra, ou seja, cidadão e indivíduo habitam o mesmo chão, embora os mecanismos de produção capitalista da sociedade moderna queiram cada um de maneira completamente cindida: o indivíduo para o mercado, e o cidadão para o Estado.

Como aponta Santos (1997), esta cisão coloca a cidadania e a individualidade em permanente tensão. A primeira, consistindo de direitos e deveres, enriquece a segunda e lhe abre novos horizontes de realização; por outro lado, ao fazê-lo por esta via, reduz a individualidade ao que nela há de universal, e transforma os *sujeitos* em unidades iguais e intercambiáveis no espaço de administrações burocráticas, públicas ou privadas, como recipientes passivos de estratégias de produção, enquanto força de trabalho; de consumo, enquanto consumidores; e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos da democracia formal. Ou seja, coloca enfaticamente o conflito entre a igualdade da cidadania e a diferença da individualidade. Conflito que nos permite trazer, à tona, a questão de *sujeitos* em formação, desta vez envolta numa dupla dimensão: como resultado da sua existência biopsicossocial, e como elemento político essencial para a produção de democracia. Formação centrada na produção de cidadania, mas assentada na matriz subjetiva dos indivíduos, e que é a grande contribuição filosófico-ideológica da modernidade (Habermas, 2000).

Como compreender, então, esses sujeitos? Testa (1997) nos oferece elementos para a compreensão desta contradição que ora examinamos. O



sujeito, segundo ele, sofre um duplo processo de constituição: de um lado, pelas transformações individuais internas que vão, paulatinamente, conformando o aparelho psíquico do adulto com características definitivas, ainda que seja difícil aceitar algo como definitivo neste terreno; de outro lado, a partir de mudanças consideradas na incorporação às organizações coletivas, que ordenarão, daí em diante, a vida do sujeito: família, trabalho e numerosas outras instituições da sociedade. Este duplo caráter da constituição do sujeito é o que dá origem e justificação para a tensão entre o individual e o coletivo, que jamais desaparecerá e que, por isso mesmo, não pode, nunca, ser negligenciada. Na medida em que, neste processo, os sujeitos vão mergulhando numa perspectiva de preservação de sua faceta utópica, de resistência e de contra-hegemonia, vão preservando individualidade, mas reconhecendo alteridade, isto é, estabelecendo o reconhecimento da complexidade necessária para a intervenção na realidade, e trilhando o caminho que possibilita o equacionamento destes conflitos, destas tensões subjacentes.

Não fosse suficiente confrontarmos a experiência de participação nos conselhos de saúde com esta tensão subjacente, além disso, o conselho realiza sua tarefa institucional pela aproximação de *sujeitos* em diferentes tempos históricos. *Sujeitos* mergulhados, a um só e mesmo tempo, em diferentes momentos e formas de subjetivação (Testa, 1997) e, no coletivo, constituinte e construtor de um outro sujeito, o *sujeito coletivo* (Sader, 1995). *Sujeitos* possuidores de diversos saberes e competências, com diferentes graus de competência para o exercício dos seus discursos e diferentes graus de potência para imprimir diferentes práxis, tendo uma só resultante: as decisões tomadas pelo corpo de conselheiros. *Sujeitos* com uma diversidade de valores e de projetos, reunidos e agrupados na construção de um mesmo tempo histórico, que subsume os diferentes tempos institucionais; quer sob o prisma de uma instituição que se constrói, o próprio conselho, quer sob o prisma de sua inserção numa instituição que se conserva, o governo da saúde. São outras dificuldades que configuram a riqueza do problema e reclamam o desafio de sua superação.

Da multiplicação dos conselhos de saúde num universo significativo de municípios brasileiros e em praticamente todas as capitais dos estados, podemos vislumbrar, na direção oposta, dois grandes efeitos. Tal ação tem resultado, no espaço microcotidiano do trabalho desses conselhos, no contato de vários saberes - técnicos, políticos, administrativos, sindicais, sociais, populares, econômicos, sanitários etc. - num processo de contaminação recíproca. Ao fazê-lo, constatamos que vai se pondo em xeque o conceito de competência discursiva, ou seja, a construção de canais de legitimação para outros conteúdos discursivos e de porosidades para locais em que esses discursos podem, então, ser pronunciados (Chauí, 2000).

É sobre esta cadeia de tensões e dificuldades, que é tanto dos sujeitos quanto das instituições, que os conselhos de saúde devem se constituir em um novo *sujeito* competente. Ou seja, podem se tornar uma instância orgânica da produção de relações democráticas no espaço microcotidiano, em decorrência da superação das questões corporativas, politicamente engajadas e atavicamente reivindicatórias por parte de seus membros; em que a apropriação dos conteúdos discursivos, dos diversos setores representados, vá tornando capilar a estrutura de legitimação instituída, vá tornando substantiva a idéia de democracia e de participação cidadã, e acabe ampliando a subsunção do indivíduo na dimensão cidadã (Silva, 1999). Não é tarefa fácil, nem exeqüível em um tempo previsível! Mas a ela podemos nos entregar num

processo de permanente produção pedagógica, reconsiderando incessantemente a reflexão crítica sobre o percurso, o processo e seus resultados!

### **A questão do poder e sua dimensão pedagógica para o controle social**

Enquanto elemento constituinte do controle social - pilar institucional do Sistema Único de Saúde - os conselhos de saúde são um espaço institucional múltiplo e diversificado de permanente tensão entre o indivíduo e o coletivo, no qual convivem os interesses corporativos, os discursos politicamente engajados, e os movimentos atavicamente reivindicatórios. A tarefa transcendente é a construção de pactos em torno da explicitação do interesse comum, público e prioritário. Porém, também há a possibilidade de utilização dos conselhos enquanto estratégia de consolidação, ou, mesmo, de legitimação de um projeto político que se institui pela ação da secretaria de saúde.

A despeito de qual tenha sido a concepção preponderante, se movimentista ou institucionalista, a luta pela participação popular é, e deve ser, essencialmente, a luta política de construção de *sujeitos*. Construção inserida numa dupla perspectiva: a primeira, apontada pela concepção de cidadania enquanto processo histórico de conquista popular, em que a sociedade adquire consciência e organização para efetivar seus próprios projetos (Demo, 1992); a segunda, pelo desafio de promover uma distribuição de poder efetivo, e não apenas de ônus, e que necessita de uma ação descentralizadora de recursos para o custeio e o investimento desses projetos, democratizando a gestão financeira do sistema em todas as instâncias de governo; aspecto, entretanto, ainda não realizado totalmente, de fato e de direito. Alcançar esta dupla dimensão depende de que se logre promover uma distribuição de poder efetivo, e não apenas de ônus deliberativo ou decisório. Poder efetivo, por exemplo, com base na descentralização de recursos para o custeio e o investimento dos projetos, sua efetiva priorização, ou seja, democratização da gestão financeira do sistema em todas as instâncias de governo; aspecto, entretanto, ainda não realizado totalmente, de fato e de direito.

O tema do poder, além da tensão das disputas - na medida em que se lhe admitam possibilidades de uso para consolidação ou para legitimação - supõe com muita clareza a ação de forças em correlação numa dada arena. De um lado, a instituição setorial condutora da política de saúde, a partir de sua organização e de seu saber e competência técnica, buscando implementar e implantar um “projeto”, essencialmente de natureza política, mas pleno de questões técnicas, lidando com uma estrutura social multifacetada, pouco organizada, de saberes muito diversos. O outro lado, por sua vez, composto por uma diversidade que reúne discursos e práticas militantes, de bases corporativas, ideologicamente enrijecidas, atávicas, ingênuas ou alienadas, maniqueístas ou enviesadas. Nunca, porém, se admitindo equivocadas! Configurando uma teia de interfaces complexas, como já se apontou. Um outro lado, nem por isso, menos interessado, menos detentor de “projetos” com que disputa interesses, tensões, conflitos e consensos, e persegue a obtenção da atenção das políticas de governo.

Para fazer frente a essas características, a arena representada pelo conselho possui natureza paritária e de caráter deliberativo e é, formalmente, agente e

co-condutor da política de saúde, ao mesmo tempo, em que exerce funções de fiscalização e controle do agente institucional - o gestor de saúde. Por sua natureza diversa e multifacetada, para dar conta de seu papel legal e constitucional, somente caminha para constituir-se num ator social e político à medida que acumule poder e se consolide, amalgamando seus participantes num sentimento de participação recíproca. Sob este prisma, estamos diante de uma disputa de poder: um poder instituído - os gestores de saúde - frente a um poder que se institui - os conselhos de saúde.

Já que o tema do poder se apresenta com clareza, consideremos a categorização proposta por Mário Testa (1992), especialmente quando reflete sobre as formas de uso que este assume nas sociedades e suas organizações. Situando o poder nas organizações, este autor as conceitua considerando dois aspectos: um, institucional, ou de consolidação burocrática de uma organização em geral; outro, o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. Para o poder, apresenta um duplo eixo: o que corresponde aos resultados do seu exercício e o que diferencia tipos específicos. No primeiro eixo, considera que existe um poder cotidiano, que se refere a que e como fazer as coisas, gerador de uma disputa nas diferentes organizações, na qual os aliados naturais são os que compartilham da mesma divisão social do trabalho, gerando alianças conjunturais. Considera que o poder cotidiano implica o poder societário, porque a disputa pelo que e como fazer cotidiano - âmbito em que estão localizados mecanismos de dominação pessoal - reproduz, em escala individual, a dominação de uma classe por outra, referente, portanto, ao tipo de sociedade a construir (produzir ou reproduzir), na qual o aliado natural é o aliado de classe.

No segundo eixo, correspondente aos tipos de poder de que cada setor de atividade dispõe, identifica três tipos: o poder técnico, o poder administrativo ou organizacional, e o poder político. Do primeiro, diz que se ocupa com vários aspectos e que dizem respeito aos tipos de informação com que lida este tipo de poder. Assim, por exemplo, informação médica, sanitária, administrativa, marco teórico, etc. Estes saberes circulam em vários âmbitos, suscetíveis de subdividirem-se em diferentes categorias. São eles: os âmbitos da docência, da investigação, dos serviços, da administração superior e da população. Para o poder técnico, aponta ainda duas questões importantes. Uma que se refere às instâncias e aos procedimentos de geração, processamento e uso da informação em relação aos grupos sociais que lidam com cada uma dessas instâncias, que possibilita uma distribuição heterogênea, o que implica a possibilidade de maior acumulação desse poder em algum grupo social. Outra característica particular é denominada de seu estilo, no qual há linguagens que ocultam, ou revelam, o fundamental do processo sobre o qual se informa.

Uma vez que informação é poder, configura-se o espaço do que Chauí (2000) chamou de discurso competente. Assim, este aspecto criptográfico que a linguagem assume no interior do processo de informação, apropriada por determinado segmento ou classe, tem, ou pode ter, como principal função, especialmente para amplas camadas da população, o de reter, junto com a informação, o poder por ela gerado. Como aponta a autora, este particular aspecto representa a chave para o estabelecimento dos interditos, ou o fato de que ninguém pode dizer o que quer a qualquer outro em qualquer lugar, senão

sob a égide do discurso competente. O estabelecimento de interditos sendo produtor, por sua vez, de determinados requisitos a constituírem interlocutores.

Lembremos que os conselhos de saúde têm, em sua composição, uma parcela significativa de possuidores de um saber técnico, especificamente do saber técnico da área da saúde; ora, é fundamental que se realize a quebra no tratamento monolítico deste saber, por sua vez, mantenedor de poder: o poder do discurso competente, o poder que hegemoniza o técnico sobre o político e o social, por exemplo, como costuma predominar na maioria das discussões desse campo, em que se tenciona revestir, a problemática da saúde, de uma aura de isolamento “técnico”, como uma couraça protetora, senão inviolável, pelo menos, asséptica em relação à impureza do “político”.

O poder administrativo ou organizacional, por sua vez, sintetizado nas diversas formas de financiamento, é elemento central organizador dos diversos setores do setor saúde. Semelhantemente ao poder técnico, em relação à variável homogeneidade, é fundamental nos deslocamentos de poder, e identifica três subsetores: o público, o privado e o semipúblico ou intermediário, guardando cada qual peculiaridades próprias na modalidade de prestação de serviços, e no tratamento do financiamento recebido para tal fim.

Esses setores não são, porém, facilmente discerníveis como se pode supor à primeira vista, pelas situações de confundimento entre distinguir o que é estatal, tomado como inteiramente público, ou como estatal e não público; ou o privado em senso estrito, sendo prestador de serviços para o estatal, ou para o SUS; o filantrópico, privado ou público; o complementar privado; o setor suplementar (Aciole, 2006). Estes exemplos podem demonstrar que não é tranquilo identificar as diversas modalidades que se apresentam perante a arena do conselho, diante da agudeza de decisão que preside, muitas vezes, sua pauta de discussão. Ainda mais, quando da decisão resulta, ou depende, a destinação de recursos para esta ou aquela esfera de atividade.

Ainda mais porque, como ressalta Testa (1992), sob esta categoria de análise, geralmente, fica camuflada a noção de poder, para se pôr ênfase no exame dos recursos e sua produtividade, assumindo a eficácia e a eficiência caráter central nesse tipo de análise. Além disso, entre as noções de eficácia e eficiência administrativa existe o fato de que a cada uso do poder administrativo - a decisão administrativa - se produzem conseqüências sobre os grupos sociais afetados pela decisão, o que se traduz em aumento ou diminuição do apoio que cada um desses grupos presta aos que tomaram a decisão. Estas variações viabilizam ou não a tomada de outras decisões. Outra consideração fundamental é a de que, no momento de tomar uma decisão administrativa, se iniciam dois outros tempos: o político, ou tempo necessário para que se produza a reação de apoio ou rechaço dos grupos sociais afetados ou interessados, e o técnico, ou seja, o tempo que a decisão leva para ser implementada até obter sua eficácia operativa. A partir deste, se inicia um novo tempo político, que é o da resposta ante os fatos produzidos, ou a eficácia política da eficácia e eficiência administrativa.

Para o autor, o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização e vai depender, basicamente, de certa forma de conhecimento, a visão da realidade. Esta surge como um saber gerado de diversas maneiras: como experiência de situações concretas e, ainda, como sentimentos

desencadeados pelas mesmas; como reflexão sobre elas e, em particular, como conhecimento científico. Ao mesmo tempo, essa capacidade mobilizadora pode ser considerada como uma prática que impacta, de maneira bem definida, os atores sociais que dela fazem parte; quer na condição de mobilizados, quer na de mobilizadores. De modo que o poder político surge como resultado de sua consideração nos dois eixos: saber e prática - saber como uma visão do mundo, e prática como construtora de sujeitos. Isto é também definido como ideologia. O poder político, especialmente no caso do setor saúde, assume formas de manifestação, como a prática da dominação - intersecção com os poderes do tipo técnico e administrativo, nas formas de saber científico; e como a prática hegemônica, resultado da intersecção com o saber empírico. Finalmente, assinala o caminho que se teria de percorrer na constituição de um poder político de classe, reconhecendo a possibilidade de combinação entre os tipos de poder e as formas assumidas pela transformação de uns tipos em outros e de umas formas em outras. Também evidencia que o poder do tipo político é de um nível diferente dos dois anteriores, de qualidade diferente, que o hierarquiza acima daqueles, manifesto no fato de que, em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativo e técnico ficam subsumidos no poder político.

Diante deste quadro de formas e cruzamentos de poder apontados por Mário Testa, Uribe-Rivera (1995) nos adverte para algumas dificuldades colocadas por esta taxonomia, interrogando entre outras questões: qual a relação entre estas formas de poder e tipos organizacionais? Como considerar a democracia, enquanto um regime que não é um poder estrito de classe, no sentido hegemônico? Por que não considerar a mobilização em torno de recursos tecnológicos, organizativos e econômicos, como parte inicial do projeto político de um grupo? Em resposta, afirma que essas dificuldades são dadas pelo reconhecimento da heterogeneidade de estrutura de outras formas de poder que não a burocrática, o que gera dificuldades para sua compreensão e para a definição de comportamentos adequados frente a esta questão. Ressalta, enfim, certo escamoteamento da especificidade de cada recurso de poder, e da variação do seu peso específico em função da variação dinâmica de situações. Ao mesmo tempo, reconhece limites trazidos por aquela categorização, ao produzir certo obscurecimento do tratamento instrumental ou estratégico que a atuação do agente ou ator político pode assumir.

É possível, portanto, que as instâncias de governo da saúde se esforcem na implantação e regulamentação dos conselhos de saúde em suas respectivas esferas, como instrumento de legitimação e fortalecimento, num processo de abertura institucional; ainda que, em resposta a uma demanda por parte da sociedade civil em conquistar este espaço de cidadania (Castro, 1992), buscando monitorar o processo de modo a que ele não transcenda os limites da razão instrumental? Mesmo que decorrência de um processo de circunstâncias políticas favoráveis, há um campo de tensões entre a cultura democrática que se pretende construir, e um cenário individualista que se hegemoniza como prática social? De que é fruto este cenário? É resultado de uma cultura política institucional de prática administrativa descontinuista, por governos que se alternam a cada eleição, num espaço de exercício de cidadania incipiente, em que os interesses imediatos são sobrepostos aos valores coletivos mais transcendentais? Será produto, igualmente, de um regime que se pautou pela derrubada e

aniquilamento dos movimentos sociais e que teve vigor até a emergência de novos atores em cena, especialmente se considerarmos a situação dos movimentos sociais e sindicais a partir dos anos 1970-1980 (Sader, 1995)? Movimentos que vão confluir para a consolidação de um movimento pela retomada da normalidade institucional e afirmação da democracia?

Evidentemente, ao fazermos referência a um período, de nossa história, de cristalização da política em seus aspectos conservadores e formais, devemos reconhecer que a simples existência de conselhos não é, por si só, capaz de fazer desaparecer este tipo de prática nefasta. Somente quanto mais se constitua em ator efetivo, acumulando poder de fato, é que a prática dos conselhos pode resultar favorável na construção de uma verdadeira cultura democrática, aqui compreendida como o processo de viver politicamente a busca da distribuição igualitária do poder. Entretanto, mais do que apresentarmos potenciais evidências dos poderes necessários ao exercício pleno da tarefa de controlar a ação estatal em defesa do caráter público, queremos reconhecer a imanência da dimensão pedagógica que preside a instituição de um colegiado desta natureza na realização de seus objetivos legais e legítimos. E esta imanência se evidencia, consistentemente com a formulação de Testa (1992), na incongruência entre tempo histórico e tempo institucional, tanto quanto como uma possível resposta à questão levantada por Rivera (1995) - que propõe considerar a luta por acúmulo de poderes organizacionais e técnicos enquanto partes integrantes de um projeto político de um dado ator.

Tal ocorre, ao verificarmos que a agenda do conselho pode ser pautada por situações específicas e particulares daquele coletivo: nem sempre correspondendo a uma sintonia com o universo em que se situa; enveredando e se detendo algumas vezes com questões mais locais e particulares - como o acúmulo de poder organizacional, inicialmente mais importante - e de modo mais incipiente sobre os outros tipos e formas de poder. Esta situação inicial poderá parecer certa inércia, ou mesmo constituir prática burocrática ou desestimulante àqueles imersos numa certa militância desenfreada que coloca a luta política dissociada do seu contexto, num ser-em-si, ou, mesmo, reclamam um mergulho no voluntarismo incansável ou na ação instrumental (Aciole, 1999).

O conselho de saúde percorrerá passos importantes dentro da perspectiva de acúmulo de poder ao se organizar e se estruturar internamente, construindo, por exemplo, seu próprio Regimento Interno; ou ainda, organizando-se em comissões de trabalho permanentes, o que gera poder organizacional, de acúmulo necessário para a operacionalidade dos projetos políticos em disputa no seu interior, hegemônicos ou não. Do mesmo modo, ao procurar acúmulo de poder técnico, pautando agendas informativas sobre o que são, e como funcionam os setores técnicos dos governos na saúde, inquirindo e perscrutando, mais de perto, o universo de tecnologias e ferramentas postas em uso no cotidiano de trabalho. Igualmente acumula este tipo de poder, seja quando se programa para conhecer e discutir os projetos e programas cotidianos executados pela instância de governo a que deve fiscalizar e controlar; ou, ainda, quando busca assessoria de técnicos externos para se apropriar, se familiarizar, ou, mesmo, se habilitar para o enfrentamento de questões mais herméticas, como a aparente maior dificuldade de compreensão



de uma prestação de contas ou de uma peça orçamentária: acúmulo melhor evidenciado no momento em que consegue, por exemplo, assessoria contábil da sociedade para o enfrentamento da discussão pública da prestação de contas (Aciole, 1999).

Num outro momento, pode manifestar relutância em aprovar, ou até rejeitar as contas do gestor público, por exemplo: se tal ocorre, vislumbramos um momento emblemático de acumulação de poder político, de novo lembrando sua categorização como poder de mobilização, já que nos parece evidente que tomar tal decisão significa o acúmulo deste tipo de poder para gerar tensionamento de tal ordem. Aqui, em que pesem as ressalvas das circunstâncias da questão formal em julgamento, quando podem ficar aguçadas as divergências e conflitos de interesses existentes no seio da sociedade, parece-nos que o colegiado tomará tal atitude, fundado em questionamentos pertinentes, ou dúvidas consistentes: o que pode soar como indicativo de defesa do interesse público, ou se constituir em manifestação de interesses menores; o que somente os desdobramentos posteriores poderão revelar.

No entanto, nenhum desses acúmulos de poder se dá dissociado dos demais. À medida que acumula conhecimento e informação (poder) sobre as dimensões técnica e administrativa do organismo a quem deve fiscalizar, o conselho de saúde o faz numa perspectiva política, constituindo-se como o *alter* dos gestores de saúde, mas enquanto um interlocutor, não necessariamente um oponente. O que reúne esses acúmulos numa direção substantiva é o processo de produção destes mesmos acúmulos, que acontece de forma inaparente pelo aprendizado com base no próprio fazer.

De outro modo, não devemos negligenciar o papel desempenhado pelo gestor de saúde, institucionalmente mais estruturado, e cuja agenda de governo alimenta a necessidade de um conselho setorial. Neste caso, vale considerar que os gestores são atores inseridos, competindo, na arena macropolítica de um governo, com outros atores, por recursos, prioridades e autonomia de exercício, guardando esta conjuntura razão direta com a complexidade e a trama de interesses que se imbricam. Em quaisquer instâncias de governo, o gestor de saúde joga um papel fundamental no processo de constituição deste interlocutor *coletivo*: não apenas na medida em que adota postura afirmativa de sua permeabilidade e receptividade à penetração do controle externo, no aspecto formal e informal, mas também no *modus operandi* com que produz, reproduz, transmite, processa e reprocessa todo o leque de informações e contra-informações que entra neste jogo - jogo de discursos competentes; e tomando os conselhos a serviço das transformações, a que já aludimos - democratização da informação, descentralização de poder, construção de uma cultura de cidadania.

Tal constatação guarda estreita relação com o processo de sua construção interna enquanto *sujeito coletivo*, na medida em que acumule poderes - técnico, organizacional e político - segundo as significações construídas para estes termos, na busca de aproximá-los cada vez mais da situação ideal, apontada constitucionalmente. Igualmente, para uma demonstração da viabilidade de efetivação dos conselhos de saúde, é preciso que se considere a possibilidade deste tipo de colegiado vir a se constituir autonomamente, apesar de suas origens institucionais, rompendo com os limites e obstáculos à sua plenitude de



ação. E tangenciando o campo das relações estruturais e conjunturais, supra e/ou infradeterminantes, adquira um caráter de transversalidade que exponha todo o seu potencial transformador.

Para fazê-lo é preciso, ao lado da identificação de todo o contexto e da estrutura em que se desencadeia seu processo de constituição e ação, examinar e conhecer de perto este próprio processo, uma vez que vinculado à perspectiva do poder. Poderes, técnico organizacional e político, que o Conselho vai acumular, para legitimar-se perante a sociedade e o público e para permitir a consecução, por inteiro, do seu papel de fiscalizar e verificar o que ocorre na agenda política para a saúde, num determinado tempo e lugar. Ao fazê-lo, não apenas se legitima como termina por legitimar o gestor, emprestando-lhe a chancela da direcionalidade do interesse público. Evitando, contudo, o que só vai acontecer pelo aprendizado da vivência de seu processo: vir a se constituir num poder paralelo, que possa imobilizar ou espessar rigidamente o cotidiano de execução da política e da gestão de saúde.

Poderá exercer esse papel, nem sempre tomando ou deliberando acertadamente; poderá agir em consonância com os interesses mais ou menos momentâneos, ou em nome das leituras mais progressistas, vanguardistas ou reformistas e, até mesmo, conservadoras. A resultante de sua ação espelhará, sobretudo, o resultado da confluência dos vários atores e segmentos, em coexistência numa estrutura real da sociedade. Tanto mais real quanto mais continente em termos de representatividade, legalidade e legitimidade.

Lembremos que estamos discutindo a perspectiva de conselhos enquanto espaços de construção de democracia e na ótica de distribuição de poder. Poder não se delega, nem se distribui, apenas a critério da majestade do príncipe! É preciso, portanto, que o conquistemos! Tampouco, consideremos a existência de conselhos enquanto decisão majestática do governante de plantão; sua efetivação resulta mais provavelmente de, pelo menos, duas condições: demanda por parte dos governados e sensibilidade em responder a ela pelo governante. E será tanto melhor, quanto maior observância aos aspectos de legalidade e legitimidade for encontrada! Estes dois aspectos merecem a distinção de que legalidade pode ser facilmente resolvida pelo atendimento à norma e aos ditames constitucionais e regimentais em vigor.

Como ressalta Fleury (1997), a dura verdade das dificuldades na implantação do projeto de Reforma Sanitária é a de que não se cria igualdade por lei, mas não se pode consolidar igualdade sem lei; assim também se coloca, de um modo quase especular, a questão da legalidade, necessária à existência desse coletivo institucional: legalidade se cria por lei, mas não se consolida legalidade apenas na lei! Legalidade pede legitimidade! E esta última vai se conquistar e construir no decorrer do próprio processo: desde a escolha e composição dos seus membros, por exemplo, e na dependência direta de que o respeito ao legal esteja colocado. Legitimidade é, pois, questão um tanto mais complexa! Como foge ao escopo deste trabalho pretender esgotá-la, pensemo-la como algo que se constrói.

A instituição dos conselhos, por sua concepção participativa e democratizante, pode construir, igualmente, uma estética de inclusão em que, fragmentária e polimorficamente, os diversos segmentos da sociedade civil constituem um colegiado paritário e deliberativo, tendo como elemento

amalgamador o arcabouço jurídico constitucional. Diferentemente de uma instituição de militância, ou de exercício de um saber estruturado e estratificado, aqui não os reúne a aposta num projeto comum, prévia ou posteriormente pactuado, mas contínua e cotidianamente recolocado. Antes até, sua reunião parte do atendimento à norma constitucional. Dependente, igualmente, dos ventos democratizantes que soprem no interior do aparelho estatal no setor saúde, em impulsionar maior ou menor legalidade à sua implantação. Fator externo que também vai desempenhar papel fundamental na capacidade de ação do conselho, pois o processo de montagem deste coletivo, traçado de acordo com o espírito democrático que deve presidir a escolha e eleição de seus membros, traduz-se em direta possibilidade de que venha a alcançar a imanência do papel para o qual foi pensado. Fatores externos e internos são, portanto, interagentes e complementares.

Esta construção toca muito próxima, e profundamente, a questão do poder. Ou seja, a qualquer um - sujeito individual ou coletivo - a conquista da primeira passa pelo acúmulo do segundo, numa dimensão tanto quantitativa, como qualitativa. A tomada destas duas condições tem como pressuposto a idéia de que a consolidação desse projeto passa pela acumulação de poder político, organizacional e técnico. Com base na prática do controle social institucionalizado na forma de conselhos paritários, tripartites e deliberativos, e conforme os pressupostos de concepção e legalização do SUS. O alcance das funções de espaço de partição de cidadania e de construção democrática depende de que saibamos explorar, positivamente, as dimensões pedagógicas presentes no seu próprio processo de efetivação, rompendo eventuais tendências à cristalização de princípios formais ou à visão idealizada e ingênua de que tais efeitos ocorrerão 'naturalmente'; ou ainda, sejam submissas à captura do poder organizacional, institucionalizando-se como burocracia.

### **A guisa de conclusão**

Embora possa parecer utópica, a idéia de reforma do Estado em processo simultâneo de democratização e consolidação de uma cultura e prática cidadã pode vir a ser uma realidade cada vez mais palpável, na medida em que avança o processo de efetivação do SUS; acompanhado pela instalação e funcionamento de conselhos de saúde, num número cada vez maior de municípios brasileiros. Esta reforma silenciosa mobiliza um significativo exército, que vai se constituindo em espaço de transformação das relações instituídas entre os poderes e pode viabilizar a construção de uma cultura em que coexista um forte sentimento de responsabilidade, responsabilização e solidariedade social; ao mesmo tempo, significa a aproximação veloz com os objetivos postos na direção da construção de uma outra relação entre o Estado e a sociedade.

O processo de constituição dos poderes, realizado pelos conselhos, encontra eco e concretude na medida em que signifique, como parece, a quebra, a ruptura, a transformação dos seus membros na direção de um *sujeito coletivo*, em que os próprios saberes tenham experimentado também uma fusão, de cujo eixo transversal se construa uma outra prática e um outro entendimento. Pela razão de permitir o diálogo substantivo entre os opostos,

na medida da intenção dialética em que se fundam num novo, mantendo as suas características originais e preservando a sua origem, de resto necessária.

Num processo, inicialmente, de aprimoramento institucional, este movimento pode imprimir ao setor saúde uma característica marcante de espaço democrático, pleno de subjetividade, e parteiro da cidadania. São condições fundamentais para o equacionamento imprescindível entre as razões de Estado, os interesses de mercado, e as necessidades públicas, quer coletivas, quer individuais, e que trafegam entre a garantia de direitos e o atendimento às necessidades: elementos geradores de interesses que atravessam a produção de cuidados à saúde, individual e coletivamente, num tecido social marcado pela existência de exclusão, desigualdades e superposição de problemas estruturais e conjunturais, cujos sinais de crise parecem perenizar-se (Aciole, 2004). Devem constituir, por isso mesmo, elementos cujas possibilidades pedagógicas precisam ser mais bem exploradas e desenvolvidas, constituindo peças-chave para a construção de aprendizado crítico na superação dos limites estruturais e condicionantes que permeiam o cenário das políticas sociais em implantação em nosso país e que tornam imprescindível o encurtamento da distância entre as intenções e os gestos.

#### Referências

- ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006.
- \_\_\_\_\_. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, n. 64, p. 65-79, 2004.
- \_\_\_\_\_. **O controle social no Sistema Único de Saúde**: um estudo do caso de Jundiaí. 1999. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- BOBBIO, N. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- BÓRON, A.A. **A coruja de Minerva**: mercado contra democracia no capitalismo contemporâneo. Petrópolis: Vozes, 2001.
- CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S.M.T. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.93-112.
- CASTRO, M.H.G. Conflitos e interesses na implementação de reforma da política de saúde. **Saúde em Debate**, n.35, p.15-21, 1992.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- CORTES, S.M.V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.3, n.1, p.5-17, 1998.
- \_\_\_\_\_. As origens da idéia de participação na área de saúde. **Saúde em Debate**, n.51, p.30-37, 1996.
- COSTA, S. **As cores de Ercília**: esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.
- DEMO, P. **Cidadania menor**: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política. Petrópolis: Vozes, 1992.

ACIOLE, G.G.

FLEURY, S. A questão democrática na Saúde. In: FLEURY, S.M.T. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-41.

\_\_\_\_\_. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GERSCHMAN, S.; VIANA, M.L.W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987.

\_\_\_\_\_. **O discurso filosófico da modernidade**: doze lições. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SILVA, G.G.A. **O controle social no Sistema Único de Saúde**: o caso de Jundiaí. 1999. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Saber en salud**: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Siglo Editorial, 1997.

URIBE-RIVERA, F.J. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ACIOLE, G.G. Las dimensiones pedagógicas para la construcción de la ciudadanía en el ejercicio del control social. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.409-26, set/dez 2007.

Este trabalho aborda a prática do controle social no sistema público de saúde brasileiro. Tal prática tem sido considerada como alternativa de democracia direta e como um espaço de defesa do interesse público na política de saúde. A reflexão com respeito à ação dos conselhos de saúde reconhece as dificuldades ocasionadas por conflitos e tensões entre interesses individuais e grupais, entre cultura de individualidade e prática de cidadania. Inclui também a questão do poder considerado em suas várias vertentes. Sem embargo, para que se construa o controle social no SUS, é necessária a aprovação e a acumulação de poder e a superação das tensões e dos conflitos entre o indivíduo e o cidadão. Em conclusão sugere-se que estes aspectos constituam elementos pedagógicos a explorar para a construção da cidadania e da democracia; e para o melhoramento do exercício do controle social e público no sistema de saúde brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE**: Controles formais da sociedade. Sistema público de saúde brasileiro. Cidadania. Educação em saúde.

Recebido em 31/10/06. Aprovado em 13/06/07.