



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Guizardi, Francini Lube; Pinheiro, Roseni

Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 3, julho-setembro, 2006, pp. 797-805

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011327>

- ▶ 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

Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde*

Cultural, social and political dilemmas
on the participation of social movements
in Health Councils

Francini Lube Guizardi ¹
Roseni Pinheiro ²

Abstract This study analyzes the participation of a popular movement in Health Councils institutional spaces and its relation with the executive power. It discusses how this participation happens, since quantitative presence as legal requirement for parity does not mean direct correspondence to interventional ability in these spaces, especially when users' representatives are considered. This aim is explored by the Health Pastoral of the Archdiocese of Vitória, in the municipalites of Vitória and Vila Velha, in the state of Espírito Santo, Brazil. The main methodological resource was participating observation. Research techniques were semi-structured interviews with key informers and focal groups with Pastoral agents. Among results, there are uses and effects of technical and scientific in the dialogue with popular experiences, and the submission of this institutional space to the political will of administrative sectors. Then one must highlight the need for critically discuss the concretization of institutional representation, as counselors agreed that their institutions are not represented in such spaces. However, according to research results, these indications show these spaces' potentialities and reveal the urge for building them as real democratic tool.

Key words Social participation, social control, Unified Health System, Social movements

Resumo A proposta deste estudo é analisar a experiência de participação de um movimento popular em Conselhos de Saúde e sua relação com o poder executivo. Propõe discutir como se concretiza essa participação, já que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção, principalmente se considerados os representantes dos usuários. Objetivo que se busca explorar, por meio da experiência da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Vitória, em Vitória e Vila Velha (ES). O principal recurso metodológico foi a observação participante. Como técnicas de pesquisa utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e grupos focais com agentes de pastoral. Entre os resultados destacam-se os usos e efeitos da argumentação técnico-científica no diálogo com as experiências populares e o condicionamento desse espaço institucional à decisão dos setores administrativos. Por fim, embora tenha sido percebida a necessidade de discutir criticamente a representação institucional, os resultados da pesquisa identificam também a potencialidade desses espaços e revelam a premência em construí-los como artefato radicalmente democrático.

Palavras-chave Participação social, Controle social, Movimentos sociais

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e Laboratório de Investigações e Práticas de Integralidade em Saúde, Instituto de Medicina Social, Uerj.
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, bloco E, 20559-900 Rio de Janeiro RJ.
flguizardi@hotmail.com.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, e Laboratório de Investigações e Práticas de Integralidade em Saúde, Instituto de Medicina Social da Uerj (LAPPIS), do IMS/Uerj.

Introdução

O presente estudo se propõe a analisar como a experiência de participação política de um movimento popular nos conselhos de saúde conforma um campo de constituição do direito à saúde. Essa questão parte da compreensão de que a participação política se coloca como condição e instrumento indispensável à construção deste direito.

Nesse sentido, falamos em construção porque não entendemos o direito estritamente como garantia constitucional, formalização jurídica em si mesma definida, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores “que estruturam uma linguagem pública”. Ou seja, mais do que garantias jurídicas, os direitos são práticas coletivas de construção de sociabilidade, referências de reciprocidade¹. São como uma “gramática civil” por meio da qual se reconhece uma arena pública onde as diferenças podem ser afirmadas e a negociação faz-se possível em função do reconhecimento da legitimidade das posições e interesses dos diferentes interlocutores implicados. Espaço público em que vínculos sociais tomam corpo a partir da materialização de uma referência comum, que não impõe a homogeneidade mas que, ao legitimar o conflito, instaura a condição de igualdade, imprescindível fundadora do direito à diversidade.

Essa compreensão do direito é particularmente útil quando retomamos alguns aspectos políticos da história da sociedade brasileira. Em nosso país a consolidação das instituições democráticas é bastante recente (a partir da década de 1980), tendo ocorrido em outros períodos de forma frágil e esparsa ao longo de nossa história republicana. Assim como frágil foi a construção do Estado de Direito que a deveria embasar. Nesse sentido, mesmo a formalização igualitária assegurada pelo reconhecimento comum dos direitos civis e políticos (sem mencionar os direitos sociais) revelou-se inconsistente, já que permanentemente submetida a um padrão de dominação social caracterizado por absurdos hiatos e desigualdades entre as classes populares e os setores médios e altos da população².

Essas características expõem a prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor. Relações em que o plano do direito não chega a ser sequer enunciado, permanecendo a experiência política como uma concessão fundada

em referências privatistas e personalistas de poder, no que Sales³ conceitualiza como *cidadania concedida*.

Segundo a autora, esta teria sido a primeira forma de organização dos direitos civis, que se constituíram então como dádiva concedida pelos senhores de terra aos homens livres e pobres a ele submetidos. Tais direitos básicos, essenciais à liberdade individual (como o direito de ir e vir, direito ao trabalho e à propriedade; e mesmo direito de justiça), não se apresentaram como propriamente direitos civis, e sim como favores outorgados. Estabelecia-se com isso toda uma rede cultural, social e econômica centrada na categoria do favor, em função da qual tais relações sociais teceram-se como relações de mando e subserviência.

Não se pretende, entretanto, extrapolar as colocações relativas à cidadania concedida para além de sua pertinência histórica. Como salienta a autora, esses laços começaram a ser quebrados com o “processo de expulsão do trabalhador rural para fora do grande domínio territorial nos idos dos anos 60”⁴, movimento bastante intensificado nas décadas seguintes. As transformações desde então observadas não nos possibilitam simplesmente extrapolar os termos desta relação para outros contextos sócio-históricos já bastante modificados, principalmente em função do intenso processo de urbanização da sociedade brasileira.

A referência a esse conceito justifica-se, principalmente, quando nos questionamos em relação aos efeitos dessa experiência histórica, analisando suas repercussões e possíveis implicações na cultura política contemporânea, já que supomos que suas características em muito se vinculem a um certo processo de normatização do sujeito e da prática política brasileira. Nesse sentido, compreendemos por cultura política “a construção social particular em dada sociedade do que conta como ‘político’”⁴. Construção que, no caso brasileiro, é marcada pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada numa extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente ao âmbito político (em estrito e controverso senso), mas também ao conjunto das relações sociais: familiares, de convivência, de trabalho; inclusive relações entre o aparato estatal e o conjunto da sociedade. Falamos, portanto, não exatamente de governos autoritários, mas de relações sociais autoritárias. Em tal contexto, as leis tornam-se instrumentos privados, incapazes de

forjar uma arena pública, marcada pela afirmação igualitária, mesmo que apenas em sua apropriação formal.

É uma sociedade na qual as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais). [...] Todas as relações tomam a forma da dependência, da tutela, da concessão, da autoridade e do favor, fazendo da violência simbólica a regra da vida social e cultural. Violência tanto maior porque invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e por vezes, exaltados como qualidades positivas do caráter nacional⁵.

Esse quadro permite-nos supor que historicamente se demarcou uma diferenciação entre as condições de participação política dos diferentes grupos sociais, uma vez que há claros indícios de que houve uma intensa concentração de seu exercício. Basta mencionarmos algumas recorrências históricas como o coronelismo e freqüentes regimes ditatoriais.

Poderíamos também indagar se o caráter privado do exercício de poder característico dos termos da cidadania concedida não permeia a formação do Estado Brasileiro. Afinal, como menciona Oliveira⁶, o lugar do Estado na formação brasileira foi decisivo na conformação de um *máximo de Estado para o mínimo de esfera pública, ou o máximo de aparéncia de Estado para o máximo de privatização da relação social*. Um arranjo que faz com que, a despeito de suas imensas estruturas, o Estado não se articule com os diferentes grupos sociais que o constituem. Questões que explicitam o quanto delicado e complexo é o processo de democratização da sociedade brasileira.

Em função dos obstáculos impostos por tamanhas ambivalências, analisaremos a diferença entre governo e regime democrático, elaborada por Gershman⁷. Segundo a autora, enquanto o governo democrático se define pelo recurso a procedimentos mínimos sem os quais não poderia constituir-se uma democracia (formal) – [...] voto secreto, sufrágio universal, eleições regulares, competição partidária, liberdade de associação, transparência do executivo; o regime democrático implicaria a produção de uma estrutura social capaz de “autogerar comportamentos políticos democráticos” (ib. id.). Acrescentaríamos: uma sociedade capaz de produzir sujeitos democráticos, processos cul-

turais e relações sociais democráticas. Uma articulação de forças que faça possível a expressão dos processos constituintes na produção do político. Ou, como afirma Negri⁸, que torne possível “inserir a produção do político na criação do social”.

Nesse sentido, ao compreender os direitos como [...] práticas, discursos e valores que afetam o modo como desigualdades e diferenças se expressam e os conflitos se realizam¹, partimos da compreensão de que os mencionados procedimentos não equivalem à existência de uma sociedade democrática. O Brasil talvez seja um dos mais concretos exemplos disso: pois, se por um lado logramos instituir um governo democrático, por outro, não podemos afirmar que sejamos hoje uma sociedade democrática, em função da permanência de fatores socioculturais intimamente relacionados aos processos descritos anteriormente quanto à nossa cultura política.

Retomando nosso objeto de estudo podemos perceber que, se a construção do SUS e, portanto, do direito à saúde, realiza-se justamente a partir da conquista dos ditos procedimentos (essencialmente jurídico-administrativos), ela tem como maior desafio a produção em seu âmbito do que aqui referimos como regime democrático. Desafio que não poderá ser solucionado somente com o recurso à legalidade institucional que o fundamenta. Afinal, a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atraíssam o sistema de saúde.

Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” e na Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que estabelecia os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços de representação institucional. Com eles, se pretendia que o controle social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde.

Expressos através dos objetivos de vocalização dos interesses e da intervenção de grupos e setores usualmente segregados do plano da deliberação política, tais compromissos com a transparência e democratização tornam-se explícitos na própria definição do espaço do conselho, composto de modo paritário pelos representantes dos usuários e pelos demais seg-

mentos. Como afirma Carvalho⁹, trata-se de uma discriminação positiva dos grupos que dispõem de menor poder social, por meio da qual se espera a transformação de seu exercício e distribuição através da institucionalização da prática do controle social.

São inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos Conselhos de Saúde, que ocorreu de forma expressiva nos anos 90. A conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem a qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. Os Conselhos de Saúde reúnem hoje milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades. Esse “movimento de democratização das relações da sociedade e o Estado” é um acontecimento inédito na história das políticas sociais no país, colocando a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais⁹.

Após a experiência de mais de uma década, um conjunto de questões demanda respostas: concretizaram-se por meio desses espaços as expectativas a eles vinculadas? Sua formalização consolidou e avançou o processo de democratização do Estado brasileiro? Ou, ainda, transformou a produção da política de saúde na direção pretendida?

Não é possível supor respostas diretas a essas perguntas, uma vez colocadas as evidentes limitações de tentativas de generalização em âmbito nacional, em razão da grande diversidade dos contextos específicos e do caráter recente dessa experiência histórica.

Apesar desses limites à avaliação dos Conselhos, uma série de estudos tem apontado aspectos que representam obstáculos ao projeto de institucionalização do Controle Social^{10, 11, 12, 13, 14}. Os temas abordados nesses trabalhos indicam a necessidade de que se teçam práticas cotidianas que os constituam como dispositivos de democratização de nossas relações sociais. Nesse sentido, o presente estudo procura examinar as práticas de participação dos atores sociais no cotidiano dessas instâncias, pois são nas relações ali construídas que as políticas públicas ganham materialidade.

Talvez o ponto premente seja a forma como se concretiza a participação, posto que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção nesse espaço, principalmente se considerados os represen-

tantes dos usuários. Razão pela qual optamos por analisar a experiência de inserção de um movimento popular no espaço institucional dos Conselhos (locais, municipais e estadual). Objetivo que buscamos explorar por meio da experiência da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Vitória, nos Municípios de Vitória e Vila Velha, no Estado do Espírito Santo, Brasil.

Esse movimento foi escolhido por envolver amplos setores populares, especificamente aqueles com precárias condições socioeconômicas, que não têm suas demandas de saúde suficientemente atendidas pelo sistema público. Em virtude disso, um dos objetivos do trabalho da Pastoral é buscar alternativas e soluções para esses problemas, por meio do resgate e da afirmação da cultura popular, com a prática de uma outra concepção de saúde que não a biomédica¹⁵.

Para analisar essa experiência trilhamos como caminho metodológico a realização de um estudo de natureza empírico-analítica, por meio do recurso à metodologia de estudo de caso¹⁶. O método de estudo de caso direciona-se à produção de conhecimento sobre um fenômeno a partir da intensiva análise de um caso particular, objetivo a que nos propomos ao selecionar a Pastoral da Saúde.

Optamos por utilizar como eixo metodológico a investigação de campo e nosso principal recurso foi a Observação Participante. Acompanhamos ativamente durante o período de seis meses o cotidiano do movimento nas seis comunidades que o integram nos dois municípios. Frequentamos o dia-a-dia dos trabalhos, as reuniões internas dos grupos e aquelas que envolviam a coordenação estadual do movimento. Participamos dos eventos promovidos (congresso estadual, celebrações, planejamento estratégico anual, reuniões com as prefeituras) e acompanhamos os representantes da pastoral nas reuniões dos conselhos em que estão inseridos.

Realizamos 18 entrevistas semi-estruturadas, divididas entre: a coordenação arquidiocesana e a dos grupos pesquisados, os representantes e suplentes da pastoral nos conselhos Municipais de Vitória e Vila Velha, seus representantes atual e anterior no Conselho Estadual, e profissionais que assessoram o movimento, alguns vinculados à Caritas (pessoa jurídica vinculada à Igreja Católica, que assessorava os trabalhos pastorais e de assistência social e que tem acento em diferentes conselhos), outros ao setor público. Perguntamos também sobre o tema dos Conselhos de Saúde para os de-

mais coordenadores que já ocuparam acento de conselheiro. Por parte do poder executivo foram entrevistados os responsáveis pela gestão das secretarias de saúde das duas cidades, a coordenação do programa de fitoterapia da Prefeitura de Vitória, um profissional ligado ao conselho de saúde desse município, o gestor de uma Unidade de Saúde e uma assistente social.

A participação no Sistema Único de Saúde: desafios político-institucionais na inserção dos movimentos populares

A Pastoral da Saúde organiza-se em três dimensões: solidária, comunitária e político-institucional. Esta última é definida em suas diretrizes como a atuação *junto a órgãos e instituições, públicas e privadas, que prestam serviços e formam profissionais na área da saúde*. Zela para que haja formação ética e uma política de saúde sadia¹⁷. A participação nos conselhos dos dois municípios estudados e no Conselho Estadual de Saúde (CES) insere-se na dimensão político-institucional. Além desses espaços, a pastoral também participa de um Conselho de Saúde local. É interessante ressaltarmos que os dados obtidos não indicaram peculiaridades relevantes quanto à experiência dos conselhos dos dois municípios, motivo pelo qual sua análise não partirá dessa diferenciação.

Mesmo tendo alcançado significativa expressão, a dimensão político-institucional é, na verdade, bastante restrita dentro do movimento, principalmente quando contraposta às demais atividades (visitas domiciliares e hospitalares, atendimentos de saúde com profissionais voluntários, produção de fitoterápicos e práticas alternativas de saúde, como a massoterapia). Isso em grande parte se deve a uma difusa e marcante rejeição dos agentes de pastoral em relação ao plano político, estreitamente associado à política partidária. Em decorrência disso, eles não associam diretamente sua prática às questões políticas que a atravessam, menos ainda aos problemas pertinentes ao SUS. Como resultado, a dimensão político-institucional permanece restrita a poucas pessoas, usualmente os coordenadores e lideranças do movimento.

A atuação dos representantes nos conselhos não é planejada em espaços coletivos, não são organizadas reuniões periódicas ou diretrizes de trabalho. Os representantes são indicados pela coordenação estadual e passam então a freqüentar as reuniões dos conselhos. Percebe-

mos, com isso, que a participação do movimento nos conselhos permanece ligada basicamente às lideranças da pastoral, sendo muito pouco conhecida pelos outros agentes e também pouco articulada às demais atividades da pastoral.

Um dos principais exemplos disso concerne à forma como os representantes institucionais ingressam nas atividades do conselho. Com exceção de uma pessoa, que foi capacitada em outro contexto para atuar em um conselho gestor de hospital, os demais entrevistados relataram não se sentir preparados para assumir a condição de representante dos usuários: não conheciam a estrutura e funcionamento do conselho, tampouco do SUS e de suas questões institucionais. O problema do despreparo dos conselheiros ao assumir a função não é prerrogativa da pastoral, revelando-se, segundo os entrevistados, comum aos demais representantes dos usuários.

Entrevistadora: Como foi essa primeira experiência no conselho?

Entrevistada: De se sentir perdida, de não estar entendendo nada, de estar ocupando um cargo que não estava à altura dele. Mas achei que estivesse todo mundo preparado, e que eu não, mas todo mundo ficou do mesmo jeito [...] (Pastoral da Saúde, Vitória).

A falta de preparo para a função fica explícita na constatação de que quase todas as pessoas que participaram dos conselhos afirmaram não ter conseguido participar das discussões e questões trabalhadas nesse espaço. Esse aspecto nos indica como, dentro dos conselhos, a questão do saber rapidamente se afirma como relações assimétricas de poder, em que os representantes, principalmente dos usuários, se sentem desautorizados e desqualificados perante a argumentação técnica prevalecente, em função da qual o “conhecimento necessário” parece pertencer apenas ao poder executivo.

As relações de poder que se constroem entre os representantes do poder executivo e os representantes dos usuários – em grande parte tecidas pela legitimidade do saber técnico – adquirem contornos mais claros quando delimitamos suas diferentes inserções nos conselhos. Diversamente do que ocorre com os usuários, a presença dos conselheiros do poder executivo conta integralmente com toda uma rede de suporte e infra-estrutura. Em razão desse aspecto, uma pessoa entrevistada ligada à Caritas faz a avaliação de que os conselhos que tem acompanhado, apesar de serem uma grande conquista democrática, não estão logrando tornar-

se um instrumento de democratização das políticas públicas.

Eu acho que tem muita participação, com certeza, mas a minha avaliação como conselheira é a seguinte: o espaço do conselho eu acho que foi uma conquista, sem sombra de dúvida, mas hoje está virando uma sacanagem ... Sabe por quê? Porque os conselhos hoje, tirando alguns que têm noção um pouco do que que é, eles estão dentro da estrutura de prefeitura, completamente. Completamente dentro da estrutura de poder público. Então você tem muitos técnicos que dominam. Eu sinto muita fragilidade dos movimentos populares, na participação com a mesma discussão. Porque você vê conselheiros que, por não serem técnicos da área, ou por serem voluntários, entram mudos saem calados, não participam efetivamente, não têm noção do que que é [...] (funcionário da Caritas).

No período de observação de campo e nas entrevistas realizadas observamos que os representantes da Pastoral não apresentaram, nas reuniões dos conselhos, questões ou temas relacionados à prática do movimento. Não demonstraram sentir-se co-autores da política ali discutida. Função em princípio competente ao conselho, posto ser ele definido como instância deliberativa. Como consequência do jogo de forças, os conselhos de saúde pesquisados revelaram uma função basicamente informativa.

Exemplo claro da dificuldade de levar questões para a discussão no conselho se reflete no fato de que, mesmo trabalhando intensamente com a fitoterapia, a Pastoral da Saúde não propôs em momento algum debatê-la nesse espaço. A dissociação entre a participação política e a experiência cotidiana da Pastoral interfere em sua representação nos conselhos pesquisados, a qual não se apresenta como porta-voz de demandas e questões coletivas.

Observamos que a dependência do poder público por parte do movimento popular de Vitória, e também por parte da Pastoral desse município – em função de parcerias realizadas – faz com que a participação política desses atores sociais demonstre fragilidade no que concerne à autonomia de seu posicionamento.

Há aí uma troca de favores muito grande. Então, se eu dependo do poder público, o poder público garante para mim alguns serviços, algum medicamento, enfim, algum material médico, paramédico e tal. Eu não posso me opor nesse espaço, e aí, no caso de você tentar tematizar um problema, às vezes é constrangedor, por causa dessa relação estabelecida (assessor técnico da pastoral e profissional da prefeitura de Vitória).

A consideração dessas limitações quanto à participação política nos conselhos aponta-nos que os problemas identificados na intervenção dos representantes dos usuários não se restringe apenas ao recurso e utilização do saber técnico sobre as questões que perpassam o SUS. Ao contrário, a presença nesse espaço é construída como uma rede em que os nós que lhe dão forma articulam diferentes saberes e inserções, desigualdades, relações de poder, experiências pessoais, diversos objetivos etc. Composição de forças que torna o conselho uma arena política extremamente inibidora aos usuários.

Como resultado desses diversos obstáculos, e das inúmeras dificuldades de articulação encontradas pelos conselheiros, vários deles relatam o sentimento de isolamento, não apenas no que tange à sociedade civil em geral, mas também no que se refere a sua própria entidade. Afirmou-se, por exemplo, que o movimento não indicou nenhuma temática ou diretriz de trabalho aos seus representantes. Nesse sentido, muitos dizem sentir-se como presença individual, e não da entidade no conselho.

Esse sentimento de isolamento torna-se potencializado pelo fato de que a dimensão político-institucional é em grande medida rejeitada pelos agentes de pastoral, que não articulam com sua prática no movimento. Aspecto que faz com que não reportem aos seus representantes as questões e problemas relativos a sua experiência. Tais contradições tencionam a idéia de participação e põem em questão a representação nos conselhos e o freqüente movimento do poder executivo de assumir a responsabilidade exclusiva pela elaboração, formulação e condução da política de saúde.

Relação entre poder executivo e conselheiros: crise de representatividade, diversidade de espaços institucionais e pouca informação

A avaliação feita pelo poder executivo converge no sentido de apontar para a fragilidade da representação na atuação dos conselheiros. Também segundo eles, de uma maneira geral não se consegue levar e trazer as discussões da comunidade. Em contrapartida, os representantes dos usuários avaliam que o poder executivo freqüentemente tenta transformar o conselho em um espaço burocratizado, restrito à aprovação de verbas, onde apenas se referenda o que chega.

Entrevistada: Agora, o conselho não era respeitado, não. O conselho, eles procuraram de toda maneira fazer do conselho um trampolim, para aprovar verba ...

Entrevistadora: A senhora diz ‘eles’: poder executivo?

Entrevistada: Poder executivo. Então tudo que chegava lá já estava ...era só para confirmar, era só para ...uma coisa de referenda, de referendar, essa coisa assim: ‘a verba era para ontem, se você ... vou perder a verba’; aquela pressão e você, que não entendia nada, você ia assinando e é isso que eles queriam (Conselheira da Pastoral da Saúde).

As relações que se constroem nos conselhos de saúde impedem freqüentemente que os representantes dos usuários se apropriem da força institucional e política dada pelo acento nessa instância. É interessante observarmos a associação realizada nas entrevistas entre a força do conselheiro e seu poder de propor projetos, o que coincide justamente com a atribuição deliberativa desse espaço, consideravelmente fragilizada nas experiências que pesquisamos.

A informação e conhecimento das políticas de saúde são fatores relevantes na forma como a participação política dos usuários tem-se concretizado. Se estes são aspectos que em si não asseguram a participação autônoma e representativa dos conselheiros, por outro lado, eles se mostram fundamentais por instrumentalizá-los quanto às possibilidades de suas intervenções. Aspecto que podemos observar nas entrevistas em que se garante que conhecer o conselho ajuda a melhor atuar nele.

De certo modo, onde o contato entre representante, comunidade e poder público se faz de maneira mais direta, a representação revela-se mais efetiva. É o que percebemos ocorrer no Conselho Local de Saúde (CSL), cujos conselheiros demonstram conhecer melhor a realidade de sua comunidade, tornando-se uma referência de interlocução com o poder público para ela. A participação da Pastoral da Saúde no conselho local foi considerada pelo gestor da Unidade de Saúde sempre “muito efetiva, muito interessante para a população”. Foi relatado, inclusive, que os representantes da Pastoral trazem mais freqüentemente as demandas da comunidade do que as lideranças de bairro presentes no conselho.

Ao apresentar essa discussão, não pretendemos minimizar a importância dos Conselhos de Saúde, mas apenas apontar para as limitações concretas enfrentadas na construção dessa

representação institucional que, sem sombra de dúvida, foi uma grande conquista democrática. Como afirmou uma agente, que acompanhou a trajetória dos movimentos populares desde o período da ditadura:

Mas em tudo houve uma luta. Mesmo na ditadura militar. Quanta dificuldade na ditadura. [...] Ninguém podia falar nada, ninguém podia reclamar [...] E a gente conquistou esse direito de falar, foi passo a passo. Trinta anos. A gente batalhando nisso. [...] Ninguém podia falar nada, foi uma luta, minha filha, essa conquista. Se hoje as pessoas podem botar um palanque na praça e falar o que pensam, as suas idéias, eu dou muito valor a isso. Dou porque, eu acho que sou parte disso. Dou muito valor, e hoje as pessoas podem gritar, podem espernear, podem falar. Embora também eles não escutem a gente, mas pelo menos a gente grita.

Consideramos importante destacar o que a experiência de representação nos conselhos trouxe de positivo, segundo os que a realizaram ou a acompanharam. Para aqueles vinculados ao poder executivo, os conselhos de saúde permitiram aos movimentos populares, especificamente à Pastoral da Saúde, aproximar-se e conhecer melhor o mundo da saúde pública. Nesse contato, as demandas da sociedade ganham expressão, forçando um posicionamento das instituições, ainda que não cheguem a consolidar-se como uma proposta de agenda para o poder público. Além disso, os conselhos funcionam como instrumentos potenciais de cobrança e de transparência nas decisões e ações do poder público.

Para os representantes da pastoral, a experiência nos conselhos foi positiva por permitir ver que é possível opinar, opor-se, lutar e transformar.

O que eu aprendi mais ... que é possível, sim, fazer alguma coisa pela saúde, que a gente não deve estar como mero espectador, e achando que tudo: “ah não tem jeito”, e “é assim mesmo”. Eu acho que não. E aprendi que você não deve dizer sim, amém a tudo o que o governo passa, que as pessoas passam, porque é possível você mudar alguma coisa [...] e que a gente pode sim, passar de mero espectador para a parte mais ativa (Conselheira da Pastoral da Saúde).

Afinal, apesar de todas as limitações, *essas pessoas que lidam mesmo com a realidade da vida, elas sabem lutar pelo que querem. Os outros não, os usuários geralmente eles sabem. Os usuários sabem o que estão querendo, e têm coragem para falar, os outros ficam inibidos* (Conselheira da Pastoral da Saúde).

Infelizmente, há ainda a ressalva, constatada em nossas análises, de que a viabilização dos Conselhos de Saúde permanece demasiadamente condicionada pela atuação do poder executivo. No que se refere aos Conselhos Locais de Saúde, por exemplo, um profissional da prefeitura afirmou que sua implantação no município de Vitória depende exclusivamente das coordenadoras de unidade.

Alguns representantes mencionaram o fato de que a postura do secretário de Saúde é fundamental ao bom andamento das atividades nos diferentes conselhos estudados. Quanto a isso, a história do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo no ano em que foi realizada a pesquisa revela-se emblemática: o governador desfechou grupos de conselheiros e permaneceu posteriormente um ano sem convocar o conselho.

Foi um ano tumultuado (sobre o ano em que o CES funcionou nesse governo), que até polícia foi parar na porta do conselho de saúde, porque, ele estava cortando, suspendendo, demitindo sumariamente essas partes representativas que questionavam mais lá dentro, que botavam obstáculos aos planos. Ele resolveu tirar, e eles se quiserem voltar, houve representação ... uma vez eles entraram na reunião, que eles têm direito a isso, eles chamaram a polícia, botaram na porta. Uma série de confusões, e eles não conseguiram voltar, não voltaram (Conselheira da Pastoral da Saúde).

Na medida em que as ações e a própria viabilidade dos Conselhos demonstra certo grau de dependência dos setores administrativos, grandes constrangimentos se interpõem ao objetivo de formulação democrática das políticas. Essas considerações nos revelam uma tendência de recusa, por parte do Estado, em partilhar o poder decisório nos espaços dos conselhos¹². Recusa expressa muitas vezes na dificuldade de reconhecimento da legitimidade dos representantes da sociedade civil.

Se por um lado os usuários estão representados na arena das decisões políticas no campo da saúde, por outro, a desigualdade que marca as relações sociais em nosso país faz-se presente também nesses espaços, muitas vezes engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença já se encontra institucional e juridicamente assegurada. De fato, pretender uma igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades.

Considerações finais para o debate sobre participação política dos conselheiros de saúde

A representação institucional nos Conselhos de Saúde do movimento popular pesquisado nos indica alguns aspectos importantes ao debate acerca da participação política no SUS. Como vimos, nos conselhos pesquisados a legitimidade da argumentação técnico-científica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes, ao colocar-se como requisito ao diálogo. Relação assimétrica de poder, em que o espaço de deliberação política se faz inacessível, podendo ter como efeito a burocratização dos conselhos e sua restrição a uma função informativa, o que torna improvável a elaboração *comum* de políticas públicas. Mesmo porque não é forçoso supor uma certa apropriação dos conselhos pelo poder executivo, fácil de ser visualizada no fato de que esse espaço institucional – a princípio, território público de afirmação e confrontação de diferentes posicionamentos e interesses – muitas vezes se revela determinado pela atuação política dos setores administrativos.

A desigualdade das distintas inserções não se limita apenas ao saber formal, marcando, por exemplo, as condições materiais do exercício político incumbido. Diferentemente dos conselheiros do poder executivo, os representantes dos usuários não dispõem da infra-estrutura relativa a transporte, disponibilidade de tempo e assessoria institucional.

A própria concretização da representação institucional deve ser problematizada, uma vez que os conselheiros foram consoantes ao indicar que não logram *representar* sua instituição nesse espaço. Eles afirmam sentir-se isolados, não conseguindo levar as informações da comunidade para o conselho, tampouco “a ela participar”, ou mesmo torná-la ciente de seus processos. A maioria disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho.

Com isso não pretendemos afirmar a inviabilidade democrática desse espaço. É imprescindível que não reste dúvida quanto a isso. Ao contrário, o que buscamos enfatizar é que organizados e marcados por esses jogos de força, os conselhos perdem potência como territórios democráticos, como territórios de constituição comum das políticas públicas. Finalidade que, fragilizada, cerceia a democracia nos correlatos procedimentos institucionais, em sua restrita e

infértil apreensão como “governo democrático”: uma prática política formal, esvaziada da densidade e dos fluxos constituintes da vida.

Não desejamos, portanto, despotencializar os conselhos de saúde. Ao invés disso, nossa análise aponta para a premência em construí-los como artefato radicalmente democrático. Como fazê-lo é uma outra questão, para a qual

não cabem respostas teóricas, didática ou previamente elaboradas. O compromisso político deste trabalho não ultrapassa as fronteiras do desafio colocado por Foucault de fazer aparecer o poder onde seu exercício é mais invisível e insidioso, de disponibilizar às lutas locais e capilares os instrumentos de sua análise, de demarcação de seu exercício¹⁸.

Colaboradores

FL Guizardi e R Pinheiro R participaram igualmente de todas as etapas de preparação do artigo.

Referências

1. Telles VS. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: Dagnino E, organizador. Os anos 90: saúde e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994; p. 91-102.
2. Reis FG. Consolidação democrática e construção do Estado. In: A democracia no Brasil. Dilemas e perspectivas. São Paulo: Vértice, 1988.
3. Sales T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. Rev Bra Ciências Sociais 1994; 9(25): 27-37.
4. Alvarez S, Dagnino E, Escobar A. O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In: Alvarez S, Dagnino E, Escobar A, organizadores. Cultura e política nos movimentos sociais na América Latina. Belo Horizonte: UFMG, 2001. p. 15-57.
5. Chauí M. Conformismo e resistência. Aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1993.
6. Oliveira F. Da dádiva aos direitos: a dialética da cidadania. Rev Bra Ciências Sociais 1994; 9(25):42-4.
7. Gershman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
8. Negri A. O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade. Trad. Antonio Pilatti. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
9. Carvalho AI. Os Conselhos de Saúde no Brasil. São Paulo: Fases, 1997.
10. Guizardi FL. Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pas-
- tal da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha [dissertação]. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2003.
11. Pessoto UC, Nascimento PR, Hiemann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cad. Saúde Pública 2001; 17(1):89-97.
12. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizador. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra; 2002, p. 47-104.
13. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública 2002; 18(6):1621-8.
14. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad. Saúde Pública 2004; 20(6):1670-81.
15. Camargo Jr. KR. A biomedicina. Physis: Revista de Saúde Coletiva 1997; 7(1):45-68.
16. Yin RK. Case study research. Design and methods. USA: Sage Publications Inc; 1989.
17. Barchifontaine CP. O agente de pastoral e a saúde do povo. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 1993.
18. Barros MEB. A transformação do cotidiano: a formação do educador, a experiência de Vitória, ES. Vitória: Eduifes; 1996.