



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Oliveira, Lucia Conde de; Pinheiro, Roseni
A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2455-2464
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467020>

- 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

A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política

The participation in health councils and its interface with politics culture

Lucia Conde de Oliveira¹
Roseni Pinheiro²

Abstract *The objective of this paper is to analyse the participation of current health councils in a city in the north-eastern of Brazil and its relationship with local political culture. The following theoretical presumption served as starting point: The practices adopted by health councils initiate a new institution that involves new social actors – the users – in the public sphere. The process of democratisation in the Brazilian society expands this sphere and leads to a confrontation of traditional and democratic political cultures. This is a qualitative research with the following data collection methods: documentary analysis, participant observation and semi-structured interviews. Within the evidence emerged, the dominance of traditional political culture resulted as one of the conditioning elements of participation practices in the Council, expressed in the authoritarianism and cooptation involving municipal managers and representatives of civil society. The majority of counsellors recognises the fragile power of the Council in terms of deliberative and fiscal issues. Despite confirming the frailties of the health councils, it is obvious that their importance in the democratisation of the relationship between State and civil society in the fight for the implementation of the right to health care.*

Key words *Health council, Political participation, Political culture*

Resumo *O objetivo deste estudo é analisar as práticas de participação presentes no Conselho Municipal de Saúde de uma capital do Nordeste brasileiro e sua relação com a cultura política local. Partiu-se do seguinte pressuposto teórico: as práticas de participação exercidas nos conselhos de saúde inauguram uma nova institucionalidade, que inclui novos sujeitos sociais – os usuários – na esfera pública. O processo de democratização da sociedade brasileira amplia essa esfera e dá visibilidade para o confronto entre uma cultura política tradicional e outra democrática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com as seguintes técnicas de coleta de dados: análise documental, observação participante e entrevista semiestruturada. Nas evidências surgidas, identificou-se a predominância da cultura política tradicional como um dos condicionantes das práticas de participação no conselho, expressa no autoritarismo e cooptação nas relações entre os gestores municipais e os representantes da sociedade civil. A maioria dos conselheiros reconhece o frágil poder deliberativo e fiscalizador do conselho. Apesar de se constatar as fragilidades dos conselhos de saúde, reconhece-se sua importância na democratização da relação entre Estado e sociedade civil e na luta para efetivação do direito à saúde.*

Palavras-chave *Conselhos de saúde, Participação política, Cultura política*

¹Universidade Estadual do Ceará. Av. Paranjana 1.700, Itaperi. 60740-000 Fortaleza CE.

lucia_conde@uol.com.br

²Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

Na década de oitenta, a sociedade civil brasileira viveu momentos significativos na luta contra a ditadura militar, pela democracia com direitos civis, políticos e sociais. Além do retorno à legalidade democrática, os brasileiros conquistaram uma constituição na qual foram garantidos muitos direitos. Todavia, as vitórias alcançadas foram atravessadas por um grande paradoxo: enquanto buscávamos construir uma política de segurança social universal, nos países ricos, o Estado de bem-estar social vivia uma profunda crise e as ideias neoliberais ganhavam hegemonia; no Brasil, o projeto de proteção social universal também é tencionado.

Por conseguinte, a proteção social definida na constituição brasileira foi fruto da luta de parcelas da sociedade civil pela democratização do país, com conquistas no campo dos direitos sociais – entre eles, a universalização do direito à saúde – e políticos, quando buscou combinar a democracia representativa com dispositivos de democracia participativa, entre os quais a diretriz da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nosso arcabouço jurídico-institucional estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas e um sistema nacional de saúde, o SUS, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa, atendimento integral e participação da comunidade. Busca-se, dessa forma, romper com a tradição de centralização, autoritarismo e concentração de poder presentes na formulação e execução das políticas públicas do Estado brasileiro¹.

É notório que, apesar da agenda neoliberal, a luta do movimento sanitário não permitiu retrocesso no texto constitucional. No entanto, a implementação do SUS vem sofrendo essa tensão entre as garantias legítimas e legais e as decisões políticas mais sintonizadas com o neoliberalismo. São dois projetos em confronto: o projeto contra-hegemônico de um SUS universal, equânime e integral e um projeto de saúde articulado ao mercado², que prioriza o ajuste fiscal com redução de gastos com as políticas sociais para garantir a formação do superávit primário.

Essa opção fortalece a formação de um sistema de saúde segmentado, no qual a maioria da população com baixa ou nenhuma renda depende do SUS e cerca de 20% usam planos e seguros privados de saúde³. Ainda assim, o SUS é referência para muitos países, pois, mesmo com as polí-

ticas de ajuste, conseguimos manter um sistema público com atenção à saúde em todos os níveis. Entretanto, apesar dos avanços, muitos dos usuários do SUS convivem com problemas de acesso, resolutividade e qualidade no atendimento.

A diretriz da participação da comunidade tem tido papel relevante na luta para efetivação do SUS. Essa participação está definida na Lei nº 8.142/90, que cria o conselho de saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo, sendo seu funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios.

Na referida lei, a participação da comunidade ganha um sentido de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos. No entanto, sua prática concreta está envolvida num processo contraditório de conquista e outorga, pois embora tenha sido estabelecida legalmente, a partir de processo de luta, ao mesmo tempo, em muitas realidades locais, os conselhos surgem apenas por imposição legal e iniciativa dos gestores.

Desta forma, o papel indutor da participação na Lei nº 8.142/90 e a atuação dos gestores na formação dos conselhos de saúde têm sido algumas das dificuldades para afirmação dessas instâncias como espaços de deliberação e de autonomia. A pesquisa de Santos *et al.*, citada em Wendhausen⁴, já identificava a criação de conselhos sem a iniciativa do movimento popular, contribuindo desta forma para sua pouca autonomia.

O protagonismo dos técnicos da Secretaria da Saúde do Ceará na formação dos conselhos municipais de saúde no estado e a interferência dos prefeitos nos conselhos também são relatados por Abu-El-Haj⁵, que destaca a dependência de muitos conselheiros em relação ao gestor municipal e a manipulação dos conselhos por parte dos prefeitos.

De acordo com Tatagiba⁶, os conselhos funcionam mais como fiscalizadores, no intuito de reduzir a possibilidade de transgressão pelo Estado, são porta-vozes das demandas populares e são mais reativos que propositivos, pela dificuldade de propor ações inovadoras. O papel fiscalizador é importante. Contudo, o caráter deliberativo é mais radical quando se pensa na democratização das políticas públicas e na partilha do poder de decisão.

Como constatamos em Oliveira⁶, o planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, historicamente, têm se organizado de forma centralizada, fragmentada e imposta de cima para

baixo. Todavia, a institucionalização dos conselhos gerou muitas expectativas no sentido da probabilidade de gestão democrática dessas políticas. Os conselhos representam uma inovação, na medida em que as políticas de saúde passam a ser discutidas publicamente e podem incluir as demandas dos usuários do SUS, com possibilidade de construir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil.

No entanto, os limites e possibilidades de democratização na área da saúde estão diretamente interligados com o processo de democratização da sociedade brasileira: [...] **a democratização da saúde deve ser o resultado da real democratização da sociedade, não só no âmbito das liberdades políticas, mas também no campo econômico e social.**

Esses argumentos remetem à discussão que ultrapassa a concepção minimalista da democracia – adoção de procedimentos democráticos – para alcançar a democracia maximalista ou substantiva que aponte para a equidade e a justiça social⁸ e, nestes aspectos, a sociedade brasileira ainda está distante, pois somos campeões em concentração de renda e desigualdade social.

Em muitas pesquisas, são apresentados fatores que dificultam a participação e o controle social – entre eles, o autoritarismo presente na sociedade e nas instituições brasileiras e a assimetria de poder e de saber entre os conselheiros. Segundo Pinheiro⁹, Côrtes¹⁰ e Raichelis¹¹, a cultura política é também um elemento condicionante da participação política e do exercício do controle social.

Nesse sentido, nosso objeto de estudo são as práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política, tomando como campo de investigação o cotidiano do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF).

Discutindo os vários sentidos da participação

Considerando o objeto deste estudo, a categoria analítica participação é central para sua compreensão. O termo participação possui inúmeros significados, geralmente acompanhados de várias expressões que qualificam o agir do sujeito político nos espaços públicos. Participação social, participação popular, participação política. Cada um desses termos inscreve-se em uma determinada linha de pensamento voltada para analisar as práticas concretas de participação, contextualizada nos universos históricos, sociais e culturais onde os sujeitos se inserem.

Um exemplo de análise é o estudo de Ammann¹² sobre participação social verificada durante a vigência do regime militar, quando a ideologia desenvolvimentista defendia a necessidade da participação da comunidade. A autora faz uma distinção entre participação direta, quando os indivíduos agem no sentido de influir na definição dos rumos da sociedade relativos à gestão e ao uso fruto dos bens produzidos socialmente, e participação indireta, aquela ocorrida no campo do associativismo, cujas [...] **formas de organização associativista existentes deixam intactas as estruturas básicas que determinam a distribuição e o consumo dos bens e serviços societários em questão**¹².

O significado de “tomar parte”, contido no conceito de participação social construído pela autora, remete-nos a uma dimensão política de participar da tomada de decisões e/ou influenciar nas decisões sobre os destinos da sociedade, tanto no campo da produção quanto da gestão do sistema político.

Todavia, as experiências de participação, na década de setenta, eram induzidas por políticas governamentais no intuito de conseguir a adesão dos grupos populares às mencionadas políticas. São as estratégias da ação comunitária, do desenvolvimento de comunidade, dos mutirões, que conclamavam a participação do público-alvo em projetos predefinidos aos quais teria apenas de aderir. Tais ações também possuíam a função de legitimação dessas políticas e dos próprios governantes.

Como observado, no entanto, o contexto das lutas pela democratização, no Brasil, e a emergência dos movimentos sociais geram novas formas de participação contestadoras das relações vigentes e desejosas de influenciar nos destinos da coletividade. Esses novos sentidos de participação entram em cena com a emergência de novos sujeitos sociais na esfera pública, reivindicando o direito a ter direitos orientados pelos valores da autonomia, justiça e solidariedade¹³; representam também uma forma de contestação dos modos tradicionais de fazer política.

Dallari¹⁴ discute a participação política e a apresenta como um direito fundamental de todos os indivíduos, previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao mesmo tempo que a considera como um dever de todo cidadão. Conforme ressalta, nas últimas décadas, não se encontram, na maior parte dos países ocidentais, restrições legais à participação da maioria dos cidadãos. No entanto, em muitas realidades, ela não passa de mera formalidade, ficando o

direito de participar da tomada de decisões reservado às elites.

Outro estudos, Demo¹⁵, apresenta a participação analisando-a a partir da relação dos cidadãos com a política social sob dois ângulos: do lado do Estado, que pode representar uma estratégia de redistribuição de renda e de legitimação, e na perspectiva dos sujeitos, significando a conquista da autopromoção. A participação constitui-se num processo de conquista relacionado à questão do poder.

Como o processo de participação está diretamente ligado às relações de poder, ele é uma forma de poder, pois os grupos organizados conquistam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e adquirem capacidade de se relacionar com o poder.

Outros autores também analisam a participação dos sujeitos em termos de grau, a variar desde a presença, a ativação, até a efetiva participação na tomada de decisões¹⁶. Classificação semelhante é apresentada por Pateman¹⁷ quando fala da pseudoparticipação, da participação parcial e da participação plena. Na pseudoparticipação, as decisões tomadas são informadas ao grupo com vistas a persuadir os indivíduos a aceitá-las e no intuito de criar um sentimento de participação; na parcial, os indivíduos participam do debate sobre as decisões a serem tomadas e suas sugestões podem influenciar a tomada de decisões, mas cabe apenas a um indivíduo, ou parte do grupo, o poder de tomar a decisão; na participação plena, todos os membros do grupo participam das discussões e possuem as informações necessárias para participarem da tomada de decisão.

Kerstenetzky¹⁸ analisa várias experiências de participação e aponta para a relação entre apatia política e desigualdades socioeconômicas. A autora sustenta seus argumentos em várias pesquisas, nas quais sobressai a pouca participação das classes populares submetidas a condições degradantes, sem garantia do usufruto dos direitos fundamentais.

Novas organizações da sociedade civil, com ações voltadas para a solidariedade, autoajuda e para o campo da cultura, têm favorecido o crescimento da participação denominada por Kerstenetzky¹⁸ de participação associativa. Entretanto, ela destaca que muitas dessas iniciativas se desenvolvem de forma despoliticizada, contribuindo para uma apatia política, sem impacto na decisão sobre a distribuição de recursos públicos.

Muitas vezes, alguns projetos participativos colocam-se como paliativos para os grandes problemas sociais e impedem seu enfrentamento de

forma mais abrangente e duradoura, gerando certa “acomodação” dos conflitos e tensões sociais. O fenômeno do associativismo com essas características se aproxima dos já identificados por Ammann¹², na década de setenta.

Nesse sentido, como destacam Santos e Avritzer¹⁹, as experiências de participação não estão imunes aos riscos de perversão e cooptação empreendidos por aqueles interessados na manutenção do *status quo* e representam os interesses hegemônicos. Os sujeitos devem desenvolver estratégias – reflexões sobre as experiências e aprofundamento da democracia – que combatam esses perigos, os quais podem se apresentar de diversas formas: [...] *pela burocratização da participação, pela reintrodução de clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas*¹⁹.

Como observado, os vários sentidos e as práticas de participação redefinem o patamar de relação entre Estado e sociedade civil. E esta participação será mais ou menos política na medida em que interferir nas relações de poder e nas decisões que traçam os destinos da coletividade.

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação da comunidade na formulação, gestão e controle social dos serviços e ações de saúde já tinha esse sentido de participação política, como destacam Guizardi *et al*²⁰: “[...] com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina”.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que busca apreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas práticas e analisá-las à luz dos referenciais teóricos do estudo.

O marco temporal da pesquisa foi de janeiro de 1997 a agosto de 2005. Este recorte foi estabelecido tendo como referência dois acontecimentos significativos na história desse conselho, ambos relatados nesse trabalho.

A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante das reuniões do conselho, entrevistas semiestruturadas e levantamento documental. Foram entrevistados dezessete conselheiros do período 2003-2004, incluídos por serem participantes assíduos das atividades do conselho. Também foram entrevistados três ex-conselheiros, considerados informantes-chave, pois

tiveram importante participação no conselho, dois desde a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), contribuindo desta forma para o resgate da história do CMSF. Procedemos a levantamentos de documentos tais como leis, decretos e regimento interno que regulamentam o conselho no âmbito do município e atas tanto da CIMS, quanto do CMSE.

Para desenvolver a análise das práticas de participação, partimos de alguns pressupostos teóricos:

(1) a Constituição de 1988 vem inaugurar uma nova institucionalidade com a qual se abre um caminho para a transformação dos paradigmas que orientam a intervenção do Estado no campo da política social, com particular destaque na política de saúde, na medida em que esse campo já acumula experiência de luta e organização de movimento popular. Entendemos como nova institucionalidade em saúde a institucionalização da participação com a inclusão de novos sujeitos na esfera pública – os representantes de usuários – que podem trazer para este âmbito expressões da lógica solidarista e os valores expressos nos movimentos sociais²¹;

(2) os conselhos compõem a esfera pública, espaço de encontro entre o Estado e a sociedade civil, no qual se exerce a participação política e a democracia como expressão da cidadania¹¹. A esfera pública é o espaço democrático onde os problemas sociais e as demandas da sociedade civil são tematizados e podem ser incluídos na agenda política. Todavia, a novidade dos conselhos coexiste com as velhas estruturas da sociedade política e da sociedade civil brasileira. Essas instituições, como microcentros de poder, gozam de relativa autonomia na forma de distribuir ou concentrar poder²²;

(3) a existência de uma tensão entre uma cultura política tradicional arraigada e uma cultura política democrática. Cultura política é aqui entendida como as crenças e valores que orientam os sujeitos na ação política, cuja abordagem ad-vém da ciência política contemporânea, voltada a explicar as motivações ou constrangimentos da ação social, individual ou coletiva²³.

A sociedade brasileira tem longa história de autoritarismo a marcar a socialização política dos cidadãos, com relações de mando e submissão, clientelismo e favor como forma de garantir lealdade, apropriação do público pelo privado, não reconhecimento dos direitos de cidadania^{24,25}. Estas são características marcantes da cultura política tradicional.

Entretanto, a emergência dos movimentos sociais, o crescimento e fortalecimento da socie-

dade civil e a luta pela democratização da sociedade e do Estado representam movimentos contra-hegemônicos e contribuem para a formação de uma nova cultura política, adjetivada como democrática. Essa cultura política é identificada com as relações democráticas, de respeito à pluralidade, às diferenças, à noção de direito de cidadania e luta pela publicização do Estado²⁶. Como a esfera pública é o espaço onde os sujeitos políticos se confrontam, também é um espaço de disputas entre essas culturas políticas.

A partir do material coletado, procedemos à sua sistematização, identificando as convergências entre as várias falas, as complementaridades, as divergências e o diferente, assim como apontamos os temas mais relevantes que orientaram a análise e exposição dos dados, confrontando as descobertas com o referencial teórico, a fim de realizar aproximações com os significados construídos no cotidiano pelos sujeitos participantes da pesquisa.

Para a realização da pesquisa, foram respeitadas as normas éticas que regem a pesquisa científica com seres humanos, conforme Resolução nº 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e procedemos à solicitação do consentimento livre e esclarecido.

Analisando os resultados

O contexto histórico da institucionalização das práticas de participação no Ceará e em particular em Fortaleza traz as marcas do processo de democratização da sociedade brasileira, evidentemente com suas particularidades. Parcela da sociedade civil de Fortaleza vinha protagonizando um movimento de mobilização social, questionamento da ditadura militar e luta por direitos.

Em Fortaleza, a participação da sociedade civil nas instâncias colegiadas de gestão da saúde começou em julho de 1986, durante uma administração municipal comandada pelo Partido dos Trabalhadores, quando foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. Ao mesmo tempo em que as ações administrativas iam sendo organizadas para modificar as estruturas de assistência à saúde então vigente, a partir das discussões sobre a distritalização, o processo de mobilização da comunidade também ia sendo desenvolvido.

Nesse período, os movimentos populares nas periferias dos grandes centros urbanos ganham visibilidade e reivindicam melhores condições de

vida, saneamento, postos de saúde, água, moradia. Fortaleza também vivenciou esse processo. Contudo, parte dos movimentos populares não reivindicava a institucionalização da participação, mas protagonizava confrontos com o Estado, exigindo o atendimento das suas necessidades. Uma entrevistada relata: inicialmente, algumas lideranças viam com muita desconfiança a aproximação dos técnicos, mas aos poucos estes foram conquistando a confiança dos líderes do movimento.

Ainda em 1986, foi formado o primeiro conselho de saúde na cidade. Este conselho funcionava em uma unidade ambulatorial do INAMPS, na periferia oeste de Fortaleza. Outra entrevistada lembra que o conselho recebeu a sua carta de reconhecimento das mãos do Ministro Raphael de Almeida Magalhães.

A princípio, esse trabalho de mobilização das organizações comunitárias foi conduzido por alguns assistentes sociais do INAMPS. A partir das articulações interinstitucionais geradas mediante criação da CIMS, foi ocorrendo o envolvimento de outras instituições, como a Secretaria Estadual e a Secretaria Municipal de Saúde, bem como de outras categorias profissionais.

Com o processo de distritalização, o município foi dividido em oito distritos sanitários e foram formadas oito equipes técnicas que faziam um diagnóstico do território e da rede de serviços, mobilizavam as comunidades para participar do processo e buscavam promover a intersectorialidade. O processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS) teve prosseguimento com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Por conseguinte, observou-se o protagonismo dos técnicos no processo de institucionalização das práticas de participação no âmbito da saúde.

Ainda na CIMS, em 1987, inicia-se a discussão sobre a formação do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, o qual é criado pelo decreto municipal nº 8.417, de 5 de dezembro de 1990. Esse conselho não era paritário e a presidência era prerrogativa do secretário municipal de saúde. Posteriormente, esses e outros aspectos foram alterados em decorrência da luta de algumas lideranças para adequar o conselho às determinações legais e orientações do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, ainda hoje, a indicação das entidades que podem concorrer a uma vaga no conselho é definida por decreto municipal. Esta prática contraria proposta aprovada em 2003 pela IV Conferência Municipal de Saúde, segundo a qual as entidades a terem assento no CMSF deveriam ser eleitas em fóruns específicos para este fim.

O levantamento documental e as entrevistas com informantes-chave possibilitaram a reconstrução da história do CMSF, o que nos permitiu identificar períodos de funcionamento parcial ou pleno e de descontinuidades, marcados, principalmente, pela postura dos gestores mais ou menos comprometidos com a participação e pela cultura política tradicional, que ganha força e destaque quando grupos mais conservadores assumem a administração municipal, fato novamente ocorrido no município de 1989 até 2004.

Somente em 1997, o CMSF foi regulamentado por lei municipal. Essa iniciativa foi motivada por uma crise gerada quando o secretário de saúde perde a eleição à sua presidência para uma profissional de saúde. O evento coloca em evidência a cultura política tradicional. Em uma sociedade democrática, pressupõe-se a aceitação do resultado de uma competição política orientada por regras claras. Conforme estava previsto nos instrumentos legais, o presidente do conselho deveria ser eleito pelo plenário e qualquer um dos seus membros podia concorrer à vaga. Todavia, o resultado da disputa não foi aceito pelo segmento derrotado. Prevaleceu o autoritarismo, o não respeito às regras mínimas da democracia, que é submeter-se à vontade da maioria.

Em consequência dessa crise, durante mais de um ano, o conselho manteve-se sem o reconhecimento da administração municipal, funcionando pela vontade política de profissionais de saúde e usuários, mas sem nenhum diálogo com os gestores. Como estratégia para solucionar a crise, o prefeito enviou projeto de lei à câmara municipal para reestruturação do CMSF. Ao longo da tramitação do projeto, os conselheiros representantes de profissionais de saúde e usuários mobilizaram-se com propostas para adequar a futura lei às orientações do Conselho Nacional de Saúde e para garantir a representação de alguns segmentos da sociedade civil. Após a aprovação da lei, foi assinado um decreto municipal regulamentando-a e novamente engessando o conselho conforme os interesses da administração.

Com a reestruturação do conselho, houve eleição e indicação dos novos membros e eleição também para a mesa diretora, na qual o secretário da pasta da saúde ficou como presidente, um usuário, como vice e um profissional de saúde, como secretário. Depois de dez meses, o gestor renuncia ao cargo e o usuário até então na vice-presidência assume a presidência do CMSF.

Esse breve resgate histórico do CMSF possibilitou-nos apreender o esforço desenvolvido por alguns representantes da sociedade civil com vistas a organizá-lo e adequá-lo à legislação vi-

gente e às resoluções do Conselho Nacional de Saúde, em uma perspectiva compatível com as novas regras democráticas, em resposta aos anseios de parcelas da sociedade civil. Todavia, observamos ainda as estratégias dos sujeitos políticos tradicionais tanto ligados à administração municipal quanto à sociedade civil para impor limites e retrocessos ao processo de democratização das instituições e da sociedade.

Nesse movimento de avanços e retrocessos, se conquistam alguns dispositivos legais que estabelecem as regras para a condução do processo político dentro do CMSF. No entanto, apesar das regras definidas, foram constatadas, durante a pesquisa, a não observação destas, ou a exigência do seu cumprimento apenas em momentos convenientes para as forças políticas que dominavam o conselho.

Uma das formas de expressão das práticas de participação no CMSF eram as disputas pela direção do conselho. Entretanto, essas disputas eram tratadas de forma despolitizada, como questões pessoais, sem um aprofundamento do debate político no plenário do conselho.

Outra marca dessa cultura política tradicional é a estratégia do gestor e dos seus representantes para cooptar e manipular alguns conselheiros ou persegui-los, a demonstrar como o autoritarismo, patrimonialismo e o clientelismo continuam dominando a cena política.

Durante o estudo, um caso de cooptação de conselheiro foi revelado, marcando uma nova crise no conselho, cujo desfecho foi a revitalização do próprio conselho, com eleição dos seus componentes, cumprimento do regimento interno que exigia a renovação dos seus membros após dois mandatos consecutivos e nova eleição da mesa diretora. O evento mostrou a incapacidade dos conselheiros para solucionar o conflito exigindo a tutela do Ministério Público de Defesa da Saúde Pública.

Os debates ocorridos, dentro e fora do conselho, em torno da referida crise, permitiram visualizar o confronto entre a cultura política tradicional e a democrática e a predominância da primeira. Desse modo, ficou notório como o processo de democratização no Brasil tem sido marcado por conflitos entre continuidade e renovação nas práticas dos sujeitos políticos. Segundo Avritzer²⁷, permanece a disputa entre duas culturas políticas distintas e a transformação da cultura política tradicional requer a incorporação, pelos sujeitos políticos, dos valores democráticos.

Além das disputas políticas pela direção do conselho, outras práticas de participação foram identificadas durante o estudo. Elas se expressa-

ram de diferentes modos; há a participação como presença - os mais inibidos não se arriscam a pedir a palavra e às vezes não são vistos nem ouvidos quando se atrevem a tal feito. Os mais corajosos e/ou treinados nos processos de discussão tomam parte do debate, querem ser vistos e ouvidos e suas manifestações de participação revelam-se como queixas, reclamações, denúncias, perguntas de esclarecimentos, solicitações, sugestões, formulação de propostas e encaminhamentos.

Em cada reunião, a conclusão da participação são as votações de encaminhamentos, de resoluções e de projetos apresentados pelo poder executivo e outras instituições de saúde que, para receber recursos do SUS, dependem de parecer favorável do conselho. Segundo percebemos, em muitas situações, há uma participação parcial dos conselheiros, pois suas críticas, sugestões e reivindicações podem ou não influenciar nas decisões do gestor a quem cabe implementar ou não as decisões tomadas. E não há nenhum dispositivo legal que obrigue o gestor a cumprir as deliberações do conselho.

A chegada de programas e projetos ao conselho é sempre um momento de tensão. Muitas vezes, eles chegam em cima da hora, mas devem ser aprovados sobre o argumento de que o município poderá perder recursos. A Comissão de Plano, Programas e Projetos do CMSF estuda os projetos e emite parecer para subsidiar as decisões do plenário. Mas alguns projetos não passam nem pela comissão. Os conselheiros falam da responsabilidade de votar os projetos e ressaltam a questão de não estarem preparados para tal.

Uma das dificuldades destacada pelos conselheiros é a falta de capacitação para exercer o papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas. Todavia, a capacitação de conselheiros tem sido uma preocupação deles próprios nas três esferas de governo e de lideranças do movimento da reforma sanitária. Dagnino²⁸ analisa a capacitação técnica dentro de uma concepção mais ampla, incluindo a qualificação política *onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como uma atividade privativa das elites*. E é, particularmente, nesses aspectos, que a força da cultura política tradicional entrava o processo democrático.

Por conseguinte, as desigualdades e o autoritarismo presentes na sociedade se reproduzem e se manifestam como assimetrias de poder e de saber, refletindo-se nos processos de articulação,

negociação e tomada de decisão no interior dos conselhos.

Segundo a legislação que cria os conselhos de saúde, esses devem exercer papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas de saúde, caracterizando a participação política. Entretanto, conforme reconhece a quase unanimidade dos conselheiros entrevistados, as práticas cotidianas do CMSF nestes aspectos deixam muito a desejar. Desse modo, resta um frágil poder fiscalizador, gerando desânimo e descrença por parte de alguns conselheiros que se vêem apenas legitimando uma política muitas vezes distanciada das necessidades de saúde da população.

Ao serem indagados sobre os sentidos da participação no conselho, os conselheiros revelam visões bastante diversificadas. Alguns falam da participação que proporciona uma aprendizagem. Para eles, esta aprendizagem tem profundo valor: aprender e ensinar; aprender a ouvir, a conviver com as diferenças; aprender sobre a política de saúde. Souza²⁹ destaca essa função pedagógica, sobretudo quando ocorre de forma coletiva, proporcionando um alargamento das capacidades social e política dos sujeitos participantes desses processos.

Há também a participação com o sentido de contribuir com a coletividade na luta pela garantia do direito à saúde. Isto representa uma noção de bem comum e constitui uma característica de alguns representantes oriundos de movimentos comunitários. Já os representantes de segmentos específicos e de categoria profissional tendem a apresentar uma visão mais focada na defesa do segmento por eles representado, numa postura mais corporativista. O sentido da luta pelo bem comum encontra muitos obstáculos nas sociedades de mercado onde predomina o individualismo, defesa de interesses privados e competição.

Alguns conselheiros ressaltam o conflito entre a responsabilidade de participar para decidir sobre a política de saúde, defendendo os interesses coletivos na garantia do SUS universal, equânime e integral, e ter de garantir sua sobrevivência e a da sua família. Neste aspecto, é visível a distância do ideal político na Antiguidade, quando o cidadão estava livre das preocupações com a sobrevivência, pois esta era garantida pelo trabalho escravo e ele poderia se dedicar à vida da pólis³⁰. O cidadão moderno tem de trabalhar para sobreviver e a participação nessas instâncias colegiadas ocupa muito tempo, não disponível nem para o trabalhador empregado nem para quem trabalha por conta própria, como é o caso de alguns conselheiros entrevistados. Quase sem-

pre a participação toma-lhes o tempo a ser dedicado ao trabalho. Até o próprio trabalhador da saúde muitas vezes tem dificuldade de ser liberado para participar do conselho.

Para outros conselheiros, a experiência de participação representa um fardo pesado, a partir de uma visão crítica do funcionamento do conselho como instância burocrática formal muitas vezes geradora de desencanto pela não participação efetiva na construção da política, a fragilidade do poder do conselho e principalmente as dificuldades do exercício da democracia no interior deste.

Na arena do conselho, vários interesses se confrontam e as disputas pelo poder em determinados momentos dominam a cena, dificultando as articulações e negociações, instrumentos da ação política a serem utilizados para a construção de acordos que façam avançar a garantia universal e integral do direito à saúde.

Considerações finais

Mesmo com as evidências reveladas pela pesquisa, a participação do cidadão na gestão das políticas públicas e os movimentos de luta para garantia de direitos são caminhos a serem perseguidos, cujo horizonte é a luta pela justiça social. Isso significa que os conselhos são espaços privilegiados para a gestão democrática das políticas públicas e um dos espaços de luta para garantia do direito à saúde. Entretanto, ainda precisam avançar nas formas de participação e controle social.

A participação nos conselhos de saúde é um processo de conquista cotidiana, que reflete os dilemas e contradições da sociedade brasileira, mas é fundamental a continuidade da luta para sua efetivação. As práticas de participação contribuem para a constituição de sujeitos políticos que se formam no exercício da democracia, construindo uma nova realidade social. É um processo bastante complexo e envolve o aprendizado tanto dos gestores quanto dos usuários e profissionais, além da transformação das instituições e da cultura política.

É recorrente a afirmação segundo a qual a democracia representativa tem se mostrado insuficiente para agir na tomada de decisões para construir soluções para o enfrentamento dos problemas apresentados pela maioria do povo brasileiro. Diante disso, é necessária a adoção de mecanismos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural capaz de garantir a ampliação da esfera pública e maior participação dos cidadãos na discussão pública e

tomada de decisões sobre as questões de interesse da coletividade.

A democracia pressupõe não só a liberdade, mas também a igualdade e justiça social, ainda longe de se concretizar na nossa realidade. Isto revela as contradições da sociedade capitalista, um desencanto da maioria dos cidadãos em relação à democracia, sobretudo porque, no cotidiano, os cidadãos enfrentam o distanciamento entre a norma jurídico-política e a prática para o acesso e usufruto de bens e serviços produzidos socialmente.

Esse distanciamento é particularmente evidenciado no caso da garantia formal do direito à saúde e sua efetividade para os usuários do SUS, pois, apesar dos avanços obtidos – ampliação de vários serviços, em especial, a atenção básica, o programa da aids, entre outros – muitas vezes não têm a garantia do acesso e/ou resolutividade com qualidade para solução dos problemas de saúde. Apenas a definição constitucional não assegura a prática efetiva para todos os cidadãos. É imprescindível, ainda, a luta política para a efetivação do direito. O conselho de saúde pode ser um dos espaços onde essa luta é travada.

Colaboradores

LC Oliveira trabalhou na concepção e realização da pesquisa e na concepção, análise e redação do artigo; R Pinheiro orientou a tese e revisou criticamente o artigo.

Referências

1. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.
2. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M, organizadores. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação de saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. [site da Internet] [acessado 2007 nov 23]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
4. Wendhausen A. *O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde*. Itajaí: UNIVALI; 2002. p.190.
5. Abu-El-Haj J. *A mobilização do capital social no Brasil: o caso da Reforma Sanitária no Ceará*. São Paulo: Annablume; 1999.
6. Oliveira LC. *As relações entre Estado e população no enfrentamento da pobreza: como essas relações se reproduzem no imaginário popular* [dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará; 1996.
7. Silva IMF. *Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem*. Cuiabá: EduFMT; 1998. p. 157.
8. Lima MRS, Cheibub ZB. *Cultura política e dimensões da democracia: opiniões e valores da elite brasileira*. Rio de Janeiro: IUPERJ; IPSA; 1995.
9. Pinheiro R. *Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995.
10. Côrtes SMV. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):5-17
11. Raichelis R. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.
12. Ammann SB. *Participação social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez & Moraes; 1980.
13. Sader E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.
14. Dallari DA. *O que é participação política*. São Paulo: Brasiliense; 1999.
15. Demo P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.
16. Sani G. Participação política. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. 3ª ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1991.
17. Pateman C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
18. Kerstenetzy CL. Sobre associativismo, desigualdades e democracia. *Rev B C Soc* 2003; 18(53):131-142.
19. Santos BS, Avritzer L. Introdução: para ampliar o cânones democrático. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.
20. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis* 2004; 14(1):15-39.
21. Teixeira EC. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez; 2001.
22. Luz MT. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
23. Baquero M. Cultura política participativa e desconsolidação democrática. *Sao Paulo Perspec* 2001; 15(4):98-104.
24. Chauí M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1993.
25. Telles VS. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: Dagnino E, organizadora. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 91-102.
26. Gohn MG. *Educação não-formal e cultura política*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
27. Avritzer L. Cultura política, atores sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para a democracia. *Rev B C Soc* 1995; 28:109-122.
28. Dagnino E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 279-301.
29. Souza JF. Educação popular para o terceiro milênio: desafios e perspectivas. In: Costa MV, organizadora. *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola; 1998. p. 11-36.
30. Arendt H. *A condição humana*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.

Artigo apresentado em 17/04/2008

Aprovado em 26/06/2008

Versão final apresentada em 06/08/2008