

Conselho de Saúde: as relações no exercício de deliberar e controlar

Council of Health: the relationship between the decision and control activities

R esumo

Este trabalho apresenta um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de São José no estado de Santa Catarina, procurando analisar a prática e as relações internas no processo de deliberar e controlar as políticas municipais de saúde. Para tanto centramos nossa atenção na dinâmica interna das plenárias do Conselho; nas relações Estado e Conselho; nos interesses particularistas dos prestadores de serviços privados para o Sistema Único de Saúde – SUS e na nova forma de participação política dos usuários.

Palavras-chave: política de saúde, Conselho de Saúde, relação Estado e sociedade.

A bstract

This work presents a study of the Municipality Council of Health in São José, state of Santa Catarina. It seeks to explain and to analyse the experience and the internal relationship in the process of decision and control of the municipality health policies. Due to this purpose we centralize our attention to the internal dynamics of the council's meetings; to the relationship between the State and the Council; to the special concerns of the private servers in the Unified Health System – SUS and to the new ways through which the users are politically sharing the process.

Key words: health policies, Health Council, State and society relationship.

Tânia Regina Krüger

Assistente Social e mestre em Educação e Cultura pela Universidade para o Desenvolvimento de Santa Catarina – UDESC.

O presente trabalho é uma versão reduzida e revista do terceiro capítulo da minha dissertação de mestrado onde analisei as dimensões da prática do Conselho Municipal de Saúde do Município de São José, SC.

Introdução

O amplo reconhecimento dos direitos sociais, com a Constituição de 1988, propiciou um novo status às políticas sociais no âmbito das administrações públicas. No plano institucional o espaço centralizado do Estado foi alargado e suas tradicionais e isoladas práticas políticas pareciam já não encontrar mais terreno propício. A sociedade civil passou a ter espaço decisivo nos momentos de deliberações e controle das ações do poder público que dizem respeito à vida social e política. Os signos democratizantes, participativos e de direitos contrastaram com o padrão historicamente predominante nas relações Estado e sociedade, subsidiaram discussões e regulamentaram práticas de uma nova forma de gestão dos bens e serviços públicos. Tornaram-se pauta de debates nos diversos espaços sociais e políticos a ampliação da cidadania, a valorização dos espaços locais, a criação e implementação de novas esferas institucionais de decisão e as gestões públicas mais transparentes e decididas através de momentos participativos.

No conjunto das reordenações institucionais e da implementação das políticas públicas, as de saúde estão ganhando destaque. O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção sócio-política da saúde. Tal Movimento levou ao reconhecimento da *saúde como direito e obrigação do Estado*. Direito que foi regulamentado em 1990 com o estabelecimento do SUS, no qual se previu, para sua efetivação, gestão paritária a partir da constituição de Conselhos, nas três esferas de governo, abertos à participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade civil.

Como instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos e necessidades sociais, os Conselhos estão desafiando e colocando em cheque os limites institucionais, rompendo as formas conservadoras de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

Os Conselhos estão sendo considerados como um novo *locus* no exercício do poder político, por estarem participando da gestão das políticas públicas. Possuem, como proposta institucionalizada e *desejada socialmente*, o estabelecimento de uma relação de outra forma e de outra natureza entre Estado e sociedade, pela qual os componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa estão colocados em posição privilegiada. No entanto, o espaço dos Conselhos comporta conflitos, resistências e tensões permanentes, como também soluções criativas que podem ser combinadas no processo de apropriação social dos espaços públicos e na substituição da cultura política tradicional.

A prática que os Conselhos vêm desenvolvendo pode ser vista, também, como uma espécie de complementaridade entre representação e participação direta, ou o mesmo que Benevides (1994, p. 9) chama de democracia semidireta. Ali o "cidadão, além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres ou goza de liberdades em relação ao Estado, é também titular, ainda que parcialmente, de uma função ou poder público."

Este contexto está representando um momento pleno de desafios, resistências e potencialidades para a concretização de horizontes com políticas de saúde mais efetivas e mais

humanas. Por isso ele não se reduz a pano de fundo, mas está atravessando e conformando todas as práticas e relações neste âmbito.

Procurando considerar efetivamente estas novas práticas e relações que estão permeando a área da saúde elaboramos este estudo a partir de uma pesquisa junto ao Conselho Municipal de Saúde de São José¹.

Para a coleta de dados e análises do problema proposto utilizamos como método de investigação a pesquisa qualitativa, por entender que ela contempla com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem as políticas de saúde. O estudo das políticas de saúde afirma-se como uma abordagem eminentemente qualitativa quando se considera a saúde como

um fenômeno e um processo social de alta complexidade e significado cultural [...], se não se quer reduzi-la a fenômeno biológico positivo e material. Ou seja, a saúde como um campo privilegiado de expressão do saber científico e do saber tradicional é um patrimônio coletivo ao qual todos têm direito, os indivíduos enquanto sujeitos e os sujeitos coletivos enquanto portadores de identidade e de significação. (MINAYO, 1995, p.6).

Para tentar contemplar, em parte, o conjunto de preocupações sobre a prática e as relações no processo de deliberar e fiscalizar as políticas municipais de saúde, focamos este estudo na dinâmica interna das plenárias do Conselho², na reflexão sobre a relação Estado e Conselho, nos interesses utilitários e particularistas que se movem no seu interior e no novo protagonismo que a participação dos usuários está representando.

A dinâmica

As experiências e os processos cotidianos dos grupos sociais, especialmente no espaço dos Conselhos, as deliberações e atividades parecem ser tratados pelos estudos científicos de caráter mais clássico como algo banal, próprio das vivências empíricas. No entanto, tais situações que se inscrevem no campo da particularidade e dos espaços micros são plenas de significado, porque movimentam, constituem e dão significado às relações pessoais e sociais.

Os encontros e vivências dos Conselhos normalmente são compostas por uma pluralidade de interesses e posições que vão constituir uma pauta de decisões de caráter público. Portanto, neste momento micro de interações e/ou conflitos entre os representantes dos vários segmentos sociais que acontecem as decisões que dizem respeito a vida pública. Em outros termos, é neste tempo e espaço em que se desenrolam, discutem-se e se encaminham os interesses e objetivos deste grupo e das demandas a ele apresentadas ou mesmo que ele representa.

As ações sócio-políticas não são definidas por sujeitos abstratos e desinteressados, mas há uma concretude subjetiva/objetiva, aberta/fechada, consciente/inconsciente, harmônica/desarmônica de ações, que se caracterizam pelos recuos e avanços, que não são de todo captadas pela lógica das ciências com inspiração na objetividade, probabilidade e na neutralidade cartesiana.

No processo relacional, em que acontecem as deliberações e o controle das políticas de saúde no espaço do Conselho Municipal, o formalismo burocrático e administrativo, que orienta e determina o uso de instrumentos e técnicas entre estes e as reuniões e as plenárias, funda a intencionalidade e expressa o caráter político da ação.

Importante explicitar que, na implementação do SUS, os Conselhos, na sua dinâmica, constituem-se em muito mais do que uma construção legal com princípios político-democráticos, mas ainda se ampliam em um processo que passa pelos meandros da vida cotidiana e pelos componentes políticos que determinam o uso desses instrumentos.

No Conselho, objeto desta investigação, ficou evidente a continuidade de uma rotina das reuniões de uma gestão para outra, sem a necessidade de renovados convites formais³, o que é reconhecido pelos conselheiros como um aspecto positivo. No entanto, reclamam do desrespeito aos horários marcados. Ainda, nas plenárias, a presença dos conselheiros titulares e dos suplentes dos vários segmentos tem sido significativa.

A presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde, na sua falta a reunião deve ser presidida por um dos presentes, escolhidos entre si. As reuniões se iniciam sempre com a leitura, discussão e aprovação da ata da plenária anterior. Na seqüência, são apresentados os pontos de pauta pelo coordenador da reunião.

Nas entrevistas, os conselheiros expressaram de maneira recorrente, que a construção da pauta não é um processo coletivo e que também não é aberto espaço formal para poderem acrescentar outros pontos. Ressaltam, no entanto, em sua maioria, que, se possuem assuntos para colocar, têm liberdade para expressá-los, o que acaba sendo feito sempre no espaço restrito do final das reuniões. Será esta uma *técnica* ou *tática* de condução das reuniões? Que fins político-institucionais aí estão inseridos, uma vez que a coordenação, *pode*, efetivamente, direcionar o processo?

No transcorrer das reuniões os instrumentos técnico-operativos não se explicitam talvez pela maneira informal com que ocorrem. Apesar disso, a coordenação não se configura como

autoritária, mas perde-se em sua fragilidade técnica e os assuntos parecem diluir-se em encaminhamentos que nem sempre são muito objetivos.

Coordenar um processo que envolve uma instância deliberativa com diferentes atores [...] pressupõe uma habilidade política e técnica que implica incentivar, também a participação, tornando-se necessário, para tal, conhecimento para estabelecer as mediações necessárias entre interesses conflitantes ou posições passivas. (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1997, p. 41).

A fragilidade técnica da coordenação analisada não está possibilitando que as diferentes idéias sejam explicitadas e aglutinadas em torno de um objetivo comum – a implementação do SUS. Muitas das idéias e sugestões, que se conseguem expressar, acabam caindo *num vazio* por não serem devidamente apreciadas ou por serem emendadas ou reconstruídas sem que se chegue a uma conclusão. Estes aspectos são sinalizadores de como o executivo municipal tem tratado as questões postas pela sociedade civil, revelando uma ambigüidade de caráter político, pois as demandas sociais quando são ouvidas de um lado, são desconsideradas e esvaziadas de outro. Desse modo, nas plenárias, a utilização de instrumentais técnico-operativos, construídos pelos próprios conselheiros a partir do movimento de suas relações/intenções, pode pôr um olhar mais criativo sobre essa prática e indicar ações programáticas mais efetivas e de maior alcance social.

Constata-se que, paralelamente a uma *aparente* satisfação com os encaminhamentos das reuniões, existe certa dificuldade de entender o papel político do Conselho e, em entender até a que ponto as discussões (orçamento, obras...), que em minha perspecti-

va têm caráter político-administrativo, estão diretamente ligadas à sua realidade. Isso deve ocorrer porque esses assuntos, talvez estejam distantes do entendimento que os conselheiros têm da função do Conselho, ou ainda, porque as discussões acontecem de uma forma abstrata e numa linguagem difícil para assimilação de todos os presentes. Desse modo, alguns conselheiros não conseguem fazer a mediação dos temas da pauta com as necessidades dos seus segmentos.

As preocupações com assuntos mais imediatos e pontuais nas plenárias foram notadas por outros conselheiros, mas estes sugerem a necessidade de estender as discussões, no sentido de reconhecer as experiências positivas do município, ampliando o caráter dos serviços de curativo também para preventivo e educativo, apontando para o que podemos denominar de idéia embrionária de política de saúde.

Um representante governamental aponta que o Conselho está muito centrado em assuntos pontuais, esquecendo as deliberações sobre os direcionamentos da política municipal de saúde. Este conselheiro se justifica, reconhece a necessidade mas não orienta a pauta nessa direção. Ao discutir apenas reorientações políticas ou assuntos mais amplos, corre-se o risco de se deslocar as ações concretas. Assim, é possível cogitar que o equilíbrio dos temas mais abstratos (Plano Municipal de Saúde) e objetivos (medicamentos) exige uma mediação pedagógica para não se limitar aos extremos, o que também exigirá um exercício dos próprios conselheiros no sentido de reconhecerem e exporem seus diferentes saberes e necessidades. Seria um novo processo de conhecimento, como também, de fortalecimento da relação Estado e sociedade a ser desencadeado. Desempenhar um papel de educador, fortalecendo o processo de socialização política em interlocução com todos os atores envolvidos no processo de gestão pública, parece estar um

pouco deslocado das intenções do Estado (município) de efetivar o SUS.

Os assuntos em processo de discussão, principalmente os que mais perpassaram a pauta, raras vezes foram encaminhados de maneira objetiva, pois normalmente eram atrasados por interesses de ordens diversas e trâmites burocráticos da prefeitura e da Secretaria e, até mesmo, pelo desconhecimento dos conselheiros que formavam as comissões para deles tratar.

Considerando os comentários dos conselheiros sobre os temas que permeiam a pauta e o seu levantamento a partir das atas, sentimos um vazio sobre temáticas que envolvem o cotidiano da atenção à saúde e o próprio processo sócio-político de saúde-doença.

Fomos formados dentro de uma mentalidade que privilegia a biologia e anatomia como matérias básicas e onde os atendimentos de saúde centram-se, tradicionalmente, em atender membros doentes de corpos a-históricos. Nesta direção, observei que o Conselho, mesmo tendo a função de deliberar e controlar as políticas de saúde, trata-as como questão distante do seu corpo, das suas sensações, do seu meio ambiente e das demais relações sociais.

A saúde como preocupação política de satisfação de necessidades básicas, de bem estar, conforto, satisfação pessoal e social não tem feito parte do conjunto das temáticas do Conselho, pois este tende a propor e discutir ações localizadas e pontuais, ou mesmo políticas em que estas questões não são consideradas.

Se os discursos e propostas da atual política de saúde objetivam alterar o modelo de assistência, centrado na atenção médica especializada e na doença, os Conselhos, como instrumentos facilitadores e decisivos para a superação deste modelo, necessitam desenrolar-se das teias burocráticas e dos assuntos pontuais, para buscarmos uma outra postura política que consi-

dere o desempenho desta função pública como intimamente ligada à vida. Parece-me quase impossível decidir sobre políticas de saúde se não se definir quem são e como vivem os sujeitos da saúde e da doença.

Considerando a dinâmica do Conselho, com frágil coordenação e pauta repetitiva por falta de objetivos e ágeis encaminhamentos, a sua documentação ganha destaque, pois a ata é o único documento oficial das plenárias. No início da gestão analisada foi eleita uma comissão composta por dois representantes titulares dos usuários e um suplente dos profissionais, mas tal serviço tem sido feito apenas por este último, sendo que outro profissional de saúde, suplente, passou a dividir esta responsabilidade com ele. Sob meu ponto de vista este ato pode estar refletindo e reforçando a divisão entre o saber teórico-político e o saber popular, bem como dificultando o envolvimento e a participação dos demais conselheiros nas atividades, pois entendo esta ação, também, como uma prática educativa e de exercício de conhecimento sobre o papel do Conselho. Ação esta que em momento algum foi questionada pelos outros membros.

Os conselheiros parecem satisfeitos com a forma com que as plenárias do Conselho são documentadas, reconhecendo a habilidade da pessoa que elabora os registros. No entanto, é preocupante a forma de elaboração desses documentos, pois por vezes, são sintéticos demais, não refletindo a dinâmica das reuniões, como: quem apresentou o assunto, os argumentos favoráveis ou contra, os redirecionamentos, os encaminhamentos e os sujeitos das falas. As atas não são meros documentos burocráticos, mas sinalizadores de posições políticas, conflitos, consensos e propostas.

Vimos que o Conselho precisa compreender melhor a forma de aplicação e elaboração dos seus instrumentos de ação e registros, no entan-

to, faz-se necessário que se discuta o tipo de documentação que se deseja e a quais necessidades ela deve atender. Talvez se deve perguntar: como queremos registrar nossa história? A partir deste questionamento, quem sabe haja uma reorientação desta ação, envolvendo os demais conselheiros como co-responsáveis pela história do Conselho e das políticas de saúde desta cidade. Quando se intenciona a construção de um nova cultura política, que se incluam todos os sujeitos presentes e a conflitividade de suas relações.

Os conselheiros, procurando relacionar a dinâmica das plenárias e sua coordenação com o que entendem ser um processo democrático, demonstraram, cautelosos, a dificuldade de se vivenciar um processo de relações democráticas dentro do Conselho, apontando para a necessidade de haver uma coordenação mais habilidosa, que não permita monopólio nas discussões, que propicie a interação entre todos os participantes, para que os mais calados sintam-se motivados a participar expressando suas opiniões.

Um usuário reconhece que o espaço é de todos para expressão, mas ele, paradoxalmente, não se vê em condições de ocupá-lo. O prestador explica que este espaço é ocupado por quem tem mais estudo. Isto caracteriza um traço da cultura política brasileira, onde o reconhecimento e a valorização são dados aos que detêm a competência teórico-política. Confirma-se, assim, que o espaço é ocupado mais *livremente* por membros dos segmentos que não o do usuário e revela-se a dificuldade deste em se perceber numa complementaridade entre diferentes papéis e saberes.

Um representante governamental comentou que usa o poder do Conselho para fazer determinadas barganhas no âmbito das negociações com o executivo municipal, apesar disso o poder do Conselho como espaço de relações democráticas, para explicitação dos conflitos e construção de

consensos, não é reconhecido por ele. Ele nega o caráter ou pelo menos fica indiferente à possibilidade de inovar a gestão do serviço público, a partir do momento em que se faz necessário reconhecer e discutir os conflitos que permeiam internamente a administração pública.

Os princípios democráticos, que fundamentam a idéia de organização dos Conselhos, possibilitam deliberar sobre questões públicas, por meio cidadãos que atuam indiretamente através de seus representantes eleitos, não asseguram por si só práticas e relações democráticas. As seqüências (a)temporais, os processos e relações são lentos e não necessariamente unidirecionais quando existe democracia formal. Relações antagônicas e tensas fundamentam os processos de representatividade democrática. *Resolver* estas tensões nos cenários e movimentos das instituições (no caso dos Conselhos) que trabalham com os mecanismos da democratização social (distribuição do poder e dos recursos sociais) não implica na adoção automática de posições (ideologias) democráticas. As atuações sociais e as análises dos processos vivenciados têm a potencialidade de canalizar o conflito social para criar oportunidades e espaços para os diferentes sujeitos sociais aprenderem e desenvolverem habilidades de atores democráticos, necessárias à construção de uma cultura efetivamente democrática.

A relação Estado e Conselho

As políticas públicas, particularmente as de saúde, marcaram o (re)surgimento da sociedade civil no processo de institucionalizar e implementar estas políticas, que, até então, estavam confinadas aos domínios do Estado. No centro da cena política novos atores sociais começam a ser protagonistas. Em outros termos, os movimentos sociais reivindicativos e polêmicos que impulsionaram a

redemocratização começam a ter espaço, ainda que minoritário, no processo de decisões políticas do país.

A instauração do aparato legal, que alargou as relações entre Estado e sociedade, utilizando os mecanismos da descentralização e municipalização, não significa diretamente democratização dos serviços, apesar de favorecê-la. "Até porque a tradição altamente centralizadora do Estado reproduz-se fortemente no nível local, tendendo o poder executivo a predominar sobre os demais." (COHN, 1995, p.139).

Diante dessa prerrogativa, constam os conselheiros que, na rotina das reuniões, uma série de problemas são levantados, inúmeras sugestões apontadas, porém a Secretaria de Saúde conduz as deliberações do Conselho e, nos assuntos de pauta, a relevância é dada conforme seus interesses.

Sobre o reconhecimento das decisões do Conselho por parte da Secretaria da Saúde, ressaltaram vários conselheiros que o requisito legal é determinante. Se, para os representantes da sociedade, envolver-se nas deliberações dos negócios públicos revela-se como uma forma de assumir um compromisso social, para os membros do governo, planejar as ações juntamente com a sociedade ainda parece ser mais uma obrigação legal do que realmente uma convicção de que esta é a melhor forma de administrar. Os representantes do Estado tendem à questão legal-institucional ante os fatos da democratização do seu relacionamento com a sociedade. A ênfase recai do poder público para a sociedade e não em sentido contrário. Esta situação não parece ser exclusividade do Conselho em pauta, pois o estudo de Pinheiro (1996, p. 77-78) em três Conselhos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro demonstra a partir dos "depoimentos dos representantes dos usuários que esses Conselhos teriam um caráter de ratificação das ações do Estado, que podem servir para atender prerroga-

tivas constitucionais” e, ainda, “um papel ritualístico desempenhado nos espaços de disputas por poder [...]”

Muito menos que uma sensibilização do Estado para reorientar sua tradicional prática política e reconhecer o Conselho como representante da sociedade para as decisões/ações políticas não se estabelece uma relação pela dificuldade dos segmentos sociais entenderem seu papel, identificarem-se com as propostas políticas e, portanto, conseguirem fazer o contraponto. Constitui-se – entre Estado e Conselho – uma relação de cumplicidade, mas de uma cumplicidade que não parece muito consciente. É possível arriscar dizer que, entre ambos, em muitos momentos, acontece uma troca de favores que atendem interesses imediatos. Com isto não quero dizer que, pela falta de um contraponto mais efetivo e uma cumplicidade para atender interesses imediatos, as decisões/ações decorrentes daí sejam todas perversas, negando a função pública do Conselho.

Embora formalmente a Secretaria Municipal de Saúde considere o Conselho um aliado para poder priorizar certas ações no âmbito do executivo, os esquemas normativos e burocráticos parecem ter mais peso do que o processo conjunto das definições políticas. A intencionalidade da Secretaria de, aos poucos, fazer a implementação do SUS depara-se, na prática, com os comportamentos de tendência conservadora que identificam os grupos políticos que administraram e administram o município.

Destaca-se que, segundo os estudos de Simionatto e Nogueira (1997, p. 28), apesar da intenção, no caso da Secretaria, esta torna-se prisioneira dos processos burocráticos que ordenam e controlam a dinâmica do todo social em instâncias centralizadoras, que partem dos níveis federal, estadual e municipal. Deste modo, o próprio Conselho e a Secretaria “tornam-se ‘presa’ de duas ordens de demandas: de um lado, a intencionalidade

explícita de reordenar as ações relativas à saúde em uma dimensão mais coletiva e, de outro, atender às solicitações dos governos federal e estadual, sem as quais não são transferidos os recursos financeiros para implementação das ações propostas.”

Entendo que isso não impede, de maneira absoluta, que o Conselho e a Secretaria estabeleçam ou, pelo menos, ensaiem novas relações nos espaços das plenárias, desde que estas duas ordens estejam explicitadas. Muito mais que uma agenda com questões de conotação prática e imediata, uma reflexão neste nível pode desencadear encaminhamentos pelos quais os conselheiros construam uma visão mais ampla da atual cultura política e consigam esboçar redefinições para as novas práticas relacionais entre Estado e sociedade.

É possível constatar que o conflito, o dissenso e a diversidade de opiniões e interesses estão discretamente negados neste novo exercício que os representantes do governo e da sociedade estão vivendo para deliberar sobre as políticas de saúde. As relações no espaço do Conselho evidenciam os traços da nossa cultura predominantemente liberal burguesa que caracterizam negativamente o conflito, mascaram sua existência no processo de amadurecimento das questões da vida pessoal e social e enfatizam uma espécie de homogeneidade social que naturaliza as diferenças.

O Conselho em pauta (e muitos outros espaços organizativos da sociedade) parece não estar conseguindo perceber esta situação, pois, mesmo ao identificar diferentes prerrogativas conflitantes, define dentro de seu espaço uma espécie de *equilíbrio harmonioso* para dar conta dos interesses em jogo. Desse modo, mascara e disfarça as contradições, negando muitas vezes a possibilidade de explicitá-las e de encontrar *soluções* mesmo que momentâneas.

Nas práticas de avaliação onde existem a possibilidade de revisão, reencaminhamento, negação ou mesmo afirmação de posições, posturas e ações na arena sócio-política não fazem parte da nossa formação cultural. O caráter negativo e de desarmonia que é dado aos momentos de confrontação perpassa por demais nossas ações em todos os aspectos da vida. Temos dificuldade de lidar com a diversidade e medo de alterar situações conhecidas, por isso nossas práticas avaliativas constituem-se basicamente em elogios – quando não auto-elogios – que se perdem quando aparecem os impasses. Faz-se necessário não negar o que está dando certo (os elogios), mas reconhecê-lo tanto quanto as críticas e diferenças, quando se pretende amadurecer/crescer/alterar as ações no que dizem respeito à vida pessoal mas, principalmente aqui, no âmbito de um compromisso sócio-político.

Interesses utilitários e particularistas

Os Conselhos (que têm como pauta a produção de uma nova racionalidade legal e social, em que a sociedade seja, juntamente com o Estado, responsável pelas políticas públicas) estão sendo minados em seu poder regulatório e de construção de uma nova dinâmica em função da complexidade das estruturas sociais, dos interesses em jogo e, principalmente, dos mecanismos sutis que tentam desmontar esta pauta.

A atual ordem constitucional abriu espaço paritariamente para a sociedade participar do processo de universalização dos direitos. Mas a capacidade das classes e grupos sociais de fazerem uso deste espaço para suas prerrogativas é muito diferenciada. Os benefícios sociais são distribuídos de modo desigual conforme o poder de barganha dos grupos mais organizados e, portanto, as garantias não conseguem se generalizar.

Os projetos e ações para a configuração desse novo modelo de saúde, que prevêm a ampliação da participação dos atores políticos, técnicos e sociais estão sendo perpassados por tensões e dissensos. Neste campo os grupos sociais apresentam capacidades e inserções políticas diferenciadas, o que tem beneficiado os segmentos com mais *competência técnico-política* cujos atores, no caso dos Conselhos de Saúde, são identificados com os representantes dos prestadores de serviço privados para o SUS.

Tentando identificar que interesses ou segmentos direcionam e dominam a pauta do Conselho, muitos conselheiros não poupam os que prestam serviços privados ao SUS. Informam que os prestadores preocupam-se mais com os aspectos econômicos, que nas plenárias suas propostas são mais valorizadas dentre as demais, que seus interesses não são sempre explícitos e, que, por fim, a complexidade e a técnica do seu trabalho deixam os demais segmentos sem domínio da situação.

A falta de transparência das ações do Estado e a realização dos serviços públicos num âmbito que mais parece privado deixa os segmentos da sociedade (usuários, no caso) desconfiados e sem ação, pois não dispõem dos meios (conhecimento, recursos, influências) para entender, participar e controlar as gestões públicas. Por outro lado, os prestadores de serviço para o SUS, que pelas suas condições sociais possuem melhor trânsito nos aparelhos de Estado, sentem-se desprivilegiados quando não são totalmente contemplados no retorno pelos seus serviços.

A relativa facilidade com que os prestadores de serviços têm de se credenciar ou descredenciar dos serviços conveniados com o SUS nos faz considerar que, antes de um compromisso social com os aspectos do processo saúde-doença, a questão do retorno financeiro parece ser mais decisiva. Não quero dizer que se obriguem

a um voluntarismo, mas que o Estado cumpra seu papel de regulador social, estabelecendo nos convênios mecanismos para o oferecimento de serviços suficientes, conforme a demanda. Neste caso, o Estado parece sem orientação e objetivos, pois não tem papel muito decisivo, como representante social, para credenciar e descredenciar os serviços.

A inserção tardia ou muito recente dos diferentes segmentos da sociedade na gestão das políticas sociais brasileiras implica num aprendizado de ambos os lados. O Estado em respeitar e dar oportunidade para a sociedade inferir e esta, por sua vez, em organizar-se para conseguir o *estatuto de interlocutora* (SPOSATI, 1994, p. 107). Parece que a posição dos prestadores flutua ora para o lado do Estado, ora para o da sociedade conforme os interesses em jogo⁴. Neste sentido, não afirmo que a posição dos demais segmentos não deva ter flexibilidade, mas, ao conseguir um estatuto de interlocução, poderiam acumular experiências de participação de acordo com a ordem dinâmica e heterogênea das necessidades e dos interesses.

Construir uma pauta de inclusão das diversas necessidades é de responsabilidade tanto do Estado como da sociedade. Um processo de motivação para uma efetiva participação baseada nos princípios democráticos, amadurece os argumentos e identifica a sociedade com as gestões voltadas para a alteração do modelo de atenção à saúde, bem como desperta seu interesse para ações de cidadania nos demais aspectos da vida social.

Parece que a construção de uma pauta comum de interesses entre Estado e sociedade está distante. Contribuem para isso os prestadores de serviços que direcionam e monopolizam as propostas, favorecidos pelos seus conhecimentos técnicos, defendendo dentro do Conselho seus interesses de retorno financeiro. Essas *manobras* são percebidas por um número significativo de conselheiros.

É possível afirmar que os conselheiros, dos segmentos que não representam os prestadores, possuem uma visão ingênua da diversidade de interesses e da correlação de forças no espaço do Conselho. Os representantes dos segmentos que defendem seus interesses particularistas, fazem interferências discretas, são indiferentes e por vezes omissos, revestindo de sutilidade os encaminhamentos e, portanto, impedem que se explicitem os interesses. Não isentando o segmento aqui em análise, vejo que os conselheiros, de modo geral, possuem uma certa ingenuidade dada pela falta de conhecimento técnico-político ou mesmo pela inexperiência social com este tipo de prática. Sem pretender com isto justificar ou legitimar este tipo de relação, aponta-se a necessidade de instrumentalizar pedagogicamente, de maneira continuada, os membros da sociedade e do Estado para a gestão interativa e co-responsável das políticas públicas.

A relação dos prestadores de serviços com o Estado, ao que parece, poucos conselheiros entendem, pois a complexidade técnica de seus serviços, a falta de entendimento e transparência sobre o processo de convênio e pagamento deixam os demais segmentos sem condições de argumentarem para um ou outro lado. Isto pode ser o indício de que realmente o país se encontra num processo de privatização da saúde, que não é resultado de ações explícitas do governo, mas que se realiza por meio de suas não-decisões. Parece estar havendo, por parte dos representantes do Estado, um favorecimento ou mesmo uma deliberada ação/omissão privilegiando os serviços privados de saúde. Atitudes como esta confundem e prejudicam muitos segmentos sociais desprivilegiados das competências técnico-políticas para participarem como interlocutores deste processo.

A representação da sociedade civil dentro do Conselho é bastante heterogênea e interage de maneira com-

plexa, sem dar-se conta (pelo menos explicitamente) desta situação. Há momentos onde a leitura deste relacionamento é harmoniosa, em outros acontece a condução para interesses próprios, mas essas fronteiras não são claras, produzindo muitas visões contraditórias e superficiais.

Os prestadores de serviços privados para o SUS, por força legal têm assento no Conselho, sendo percebidos como representantes de grupos de interesse⁵ não podem ser classificados como efetivos representantes do segmento usuário, quando estes são relacionados na perspectiva das classes populares. São lógicas distintas e de interesses desiguais que constituem o espaço do Conselho. Aparentemente seus participantes conseguem se envolver na mesma lógica de estarem *todos* em função de um objetivo único (a implementação do SUS), mas com a sutilidade dada pelo seu poder econômico, influência política e conhecimento técnico especializado, conduzindo determinadas pautas sem que isto fique muito evidente para os demais conselheiros.

Nesta direção o pensamento de Faleiros (1997, p. 48) é bastante esclarecedor pois “quanto mais capacidade (energia, recursos, conhecimentos, técnicas, mídia) tem um ator ou um grupo para fazer valer seus interesses com outros atores e grupos, de mais força dispõe. A força se manifesta nesta correlação, que depende do peso econômico, do poder político, das capacidades afetivas, da capacidade cultural [...]” No entanto, este poder não é absoluto pois “nas sociedades capitalistas, os grandes proprietários dispõem de mais força econômica e política em função de seu patrimônio, mas as forças subalternas têm o patrimônio da mobilização e da organização política, do questionamento ideológico, da ampliação da democracia e da cidadania e da sua inserção cultural e afetiva.” (op. cit. p. 48-49).

Vale destacar que o Conselho, mesmo no jogo das relações com os interesses dos prestadores privados, conseguiu estabelecer e fazer cumprir os critérios para credenciar laboratórios privados de análises clínicas. Quando chega algum pedido de credenciamento na Secretaria de Saúde de este é encaminhado à plenária do Conselho que, por sua vez, em comissão, realiza visita e apresenta um parecer que novamente passa pelo crivo dos conselheiros em reunião.

O espaço do Conselho estudado guarda uma heterogeneidade um tanto dissimulada e nem muito consciente, dificultando sua explicitação. O reconhecimento dessa diversidade, sem pretensões homogeneizadoras, pode instaurar novas propostas onde a correlação de forças aconteça com confronto de interesses, recursos, energias, conhecimentos, inscrita no processo de hegemonia/contrahegemonia, de dominação/resistência e conflito/consenso que os grupos sociais desenvolvem a partir de seus projetos societários básicos que se fundam nas relações cotidianas e históricas (op. cit., p. 44).

Os novos protagonistas

Na dinâmica dos anos 90 os antagonismos de classes que delimitavam com nitidez a linha divisória entre elas se desfizeram, com o que se forjaram campos mais homogêneos, mas não menos complexos. Segundo Guattari (1995, p. 11), ainda que as segregações e hierarquias de linha dura tenham se diluído, permanecem sendo intensamente vividas, “uma mesma camada imaginária se encontra agora chapada sobre o conjunto das posições subjetivas. Um mesmo sentimento difuso de pertinência social descontraui as antigas consciências de classe.”

A proposta da sociedade civil de participar paritária e majoritariamente

te nos diferentes Conselhos parece ser um exemplo claro desta nova situação social. Na leitura dos conselheiros, os antagonismos não evidentes, ou que não são explicitados, transvestem-se numa espécie de objetivo comum, em função da pretensa igualdade de condições dos segmentos, para a efetivação do SUS.

O paradoxo da boa relação com o governo e entre os conselheiros, contrapondo com o reconhecimento tímido da dificuldade de aprofundar os momentos de avaliação e explicitação de alguns direcionamentos dados pelo segmento dos prestadores de serviços privados para o SUS, faz-nos comprovar que as oposições dualistas estão mascaradas difusamente, quando se repetem, sem entendimento do seu real significado, os discursos macro ou os princípios das normas legais. Em outros termos, muitas vezes nos parecem mecânicas as falas *é direito de todos, tem que participar, cidadania, é o Conselho quem decide*, pois uma identificação com as experiências vividas conforme as condições objetivas e subjetivas estão ainda distantes. São discursos *chavões* que permeiam as falas políticas, reuniões de grupos organizativos da sociedade e a literatura, mas que, de fato, representam expressões externas e desvinculadas da realidade dos processos sociais objetivos e subjetivos. Conforme Vieira (1995, p. 13), são palavras aludidas que têm *gasto* diário na atualidade. “De tão mencionadas podem significar tudo, ou podem significar nada, quando precisam ter um sentido determinado.”

As tentativas de instaurar um cruzamento múltiplo de nossas leituras apontam para uma atenção especial ao segmento usuário que, ainda muito enraizado em vínculos arcaicos e discursos *chavões*, ensaia um novo papel nesse ponto da história. Esse protagonismo vem repleto de ambigüidades e cooptações históricas, que deixaram a maioria da população à margem das decisões do mundo da política.

Os usuários colocam-se como os que estão na *prática*, o que não parece ser sinônimo de discussão de posição política, de planejamento, de luta para um orçamento mínimo para a saúde, de prestações de contas e gestões transparentes.

Para a perspectiva marxista a prática é essencialmente histórica, pois a consciência do homem está baseada em sua experiência em geral. Na sociedade capitalista o inteiro vir-a-ser do homem está baseado no processo de produção-trabalho. É nele que se produz como ser social, pois “ao produzir seus instrumentos de trabalho, as relações sociais, ao criar necessidades: objetiva-se na sua obra e produtos.” (IAMAMOTO, 1995, p. 116). A atividade criativa que fundamenta a prática social nas sociedades humanas, segundo a autora, em nossa realidade não só se perde, como aliena-se. As relações sociais reais são dissimuladas, adquirindo um caráter que se polariza entre naturalidade e a determinação da vida social.

Nesta direção afirma-se que a percepção de prática social das classes populares dá-se a partir das manifestações imediatas da vida social cotidiana, não conseguindo perceber estas expressões num contexto histórico e no movimento contraditório de correlação de forças entre os grupos sociais. Por isso, Gramsci (1995) afirma que o homem do povo pensa praticamente, pois o significado e o sentido político da sua prática está acobertado pela maneira acrílica, desarticulada e dispersa que caracteriza seu pensamento e suas ações.

As práticas de produção do capitalismo tiraram o homem de sua humanidade criativa, construíram uma percepção opaca das relações sociais, mas dão uma cristalinidade imaginária para a maioria das pessoas. Também não permitiram/possibilitaram maior envolvimento dos setores populares nas questões que lhe dizem respeito na vida social e individual, impondo obstáculos abstratos à sua

participação ativa, especialmente à fração usuária que tem permanecido distante, por vezes à margem das decisões e processos formais do Estado e das relações de produção.

Outros conselheiros reconhecem a dificuldade dos usuários perceberem e diagnosticarem o problema quando ele ainda está se gestando, ou atentarem para suas decorrências. Um profissional afirma que as falas silenciadas normalmente escondem realidades que também são silenciadas. Para ele são os usuários os que menos falam e quando necessitam colocar alguma dificuldade a apresentam, de uma forma desfigurada.

Volta, novamente, a necessidade de preparar e motivar os conselheiros usuários para reconhecerem as situações que podem vir a se agravar e para tomarem medidas preventivas que não deixem as conseqüências serem reprodutoras de cenas históricas tradicionais. Pode-se exemplificar esta situação com um caso de depredação de um posto de saúde por alguns moradores que rejeitavam os profissionais que ali trabalham e a sua forma de atendimento. Se o representante desse bairro tivesse conseguido anteriormente formular o problema ao Conselho ou à Secretaria Municipal de Saúde, teria sido possível adotar uma outra postura preventiva que contemplasse os desejos daqueles moradores. Como pontuamos anteriormente, os usuários, muitas vezes, conseguem somente reconhecer as questões imediatas e locais, deixando antever suas dificuldades em perceber os problemas que se referem ao modelo de atenção à saúde. Talvez, nesse casos, as verticalizadas relações que configuram tradicionalmente os atendimentos de saúde apareçam como ponto problemático, mas não obscuro à explicitação dos usuários.

O espaço dos usuários nos Conselhos é basicamente o espaço para o povo, reconhecido como o segmento da sociedade que não é contemplados nos outros segmentos com as-

sento nos Conselhos⁶. Mas quem é povo? Respondemos com a brilhante definição de Paulo Freire (1988, p. 07) “Povo é quem não se pergunta quem é povo.” Nesta, ele não está incluindo, obviamente, “[...] os donos do mundo, os que, fundados no direito por eles próprios feito, chamam os ‘sem terra’ de invasores e os expulsam [...] Da mesma forma como ferem, reprimem e exploram os trabalhadores do campo e das fábricas.” Esta é uma questão que a meu ver não está sendo pensada (ou muito pouco) pelos representantes dos usuários e, com raras exceções, pelos membros dos outros segmentos.

Torna-se um desafio para o Conselho, a formulação de uma pedagogia política que seja capaz de instrumentalizar os usuários a conseguirem fazer outras leituras de sua realidade e começarem a agir de modo a não silenciarem as situações de crise, a fim de irem tomando a direção e realizarem qualitativamente sua própria formação. Pensar esta formação dos conselheiros com uma pedagogia estranha aos seus conteúdos é no mínimo repetir os limites da Reforma Sanitária⁷. Freire (*op. cit.*) sugere que pensemos sobre a impossibilidade de elaborarmos uma política com princípios de participação ou uma nova pedagogia de formação longe das classes populares, sem convivermos com elas, sem nos *banharmos* nas águas de sua cultura, sem percebermos criticamente sua linguagem. “Sem perceber como percebem, como sabem o mundo e como se sabem nele, não, obviamente, para *ficar* parados, imobilizados, romanticamente aderidos ao nível de seu saber de pura ‘experiência feito’. Pelo contrário, para superá-lo, mas *a partir* dele.” (grifos do autor).

Descortinar a realidade para quem está nela inserido, segundo Freire (*op. cit.*, p.06) “[...] só é possível, quando no domínio da necessidade, começa a haver brechas através das quais a liberdade, rebelando-se e lutando para se afirmar, cria ‘espaços’ no tempo da dor. ‘Espaços’ que são

no fundo, momentos para a curtição da dor como direito e não como distorção masoquista.” A estrutura perversa do nosso sistema cria condições que deixam impossibilitadas as classes populares de expressar seus sentimentos e pesares, bem como de conseguir visualizar os espaços para superar sua situação. E quando chegam a expressar-se já estão *transbordando*, não conseguindo mais ter a *sensibilidade*, a diplomacia preventiva ou o rigor acadêmico para não se mostrar como em situação de guerra. Ou seja, estão tão embaraçados pelas amarras do sistema que mal podem perceber suas necessidades imediatas e reagir sem atitudes extremas.

Isto nos remete novamente a considerar o importante papel educativo que possuem os Conselhos para se auto-formarem e formarem a sociedade para experienciar essa prática política.

Segundo Gramsci (1995),

"a grande massa
de homens pensa
segundo sua
concepção de mundo
imposta
mecanicamente
a partir do ambiente
externo e obedece
a essa concepção
de modo passivo."

Assim é necessário que os homens sejam educados no sentido de elaborar a própria concepção de mundo. Mas isto só é possível quando se as-

sume a consciência do significado do próprio operar, da efetiva posição de classe, quando se elabora uma nova concepção de política e de Estado. Este é um processo que não ocorre espontaneamente – exige um encontro entre intelectuais e massa.

A vinculação orgânica entre os intelectuais e as massas, ou os simples, para ser fiel às expressões gramscianas, leva-nos a considerar os espaços dos Conselhos como mediador e mesmo possibilitadores dessa relação e, portanto, em nosso entender, possuem a função de contribuir para a passagem do senso comum ao bom senso, ou ao momento da consciência crítica, já que, segundo Yamamoto (1995, p. 45), “os intelectuais não são, porém, meros reflexos das classes sociais e nem simples membros destas: seu vínculo orgânico supõe que representem a autoconsciência crítica dessas classes.”

Como muitas referências dos conselheiros mostraram a *competência prática* dos usuários, estas podem ser o marco inicial de reflexões para a contextualização crítica e a elaboração coerente desta prática. Apesar da existência de várias percepções no espaço do Conselho, existem referências que são mais gerais, aquelas as quais antes nos referimos como os discursos artificiais e descolados da realidade e que acabam se constituindo em *chavões*. Talvez por aí se possa começar a renovação deste senso comum para a construção de momentos qualitativamente superiores, de bom senso ou de consciência crítica.

Observa-se que a dificuldade de entendimento do papel do Conselho torna confusa a expressão dos conselheiros quando falam sobre a participação dos segmentos nas deliberações. E ainda, “os usuários possuem uma representação de saúde centrada num modelo assistencial e curativo, o que impede a criação de uma consciência crítica dificultando a percepção dos interesses voltados a melhores condições materiais e sociais de vida.”

(SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1997, p. 20). É claro que sem recursos não se garante as políticas públicas ou a melhoria das condições de vida, mas este parece ser um assunto incômodo para debater nas plenárias do Conselho. Existe a dificuldade de relacionar garantia de financiamento, transparência nos planos de aplicação e prestação de contas com as deliberações específicas por programas de atendimento, construções, medicamentos e melhor atendimento dos usuários. Sposati (1994, p. 109) explica que “o Estado tem sido financiador dos interesses privados sem associá-los a respostas, a necessidades coletivas. Com isto o ‘fundo público’ tem sido privatizado através de vários mecanismos – entre os quais a corrupção – sem dar visibilidade de controle pela sociedade. O desafio é superar o mito de que a sociedade civil não tem competência para se apropriar do controle do fundo público.”

A participação e o envolvimento do segmento usuário no Conselho são bastante heterogêneas em virtude do processo de formação/inserção social ser diferenciado. Alguns possuem primeiro grau, outros nível médio e superior. Também diferenciam-se pelo nível de envolvimento em trabalho social, seja ele de caráter comunitário ou religioso. As referências de formação e de trabalho social de cada conselheiro fazem-no relacionar com sua prática cotidiana nas falas no Conselho. Mas sente-se a necessidade da construção de referenciais comuns para orientarem suas posições no Conselho. Neste sentido, os representantes da sociedade civil, aqui principalmente os usuários, segundo Sposati (1994, p. 108) precisam organizar-se para terem condições de analisar a pauta e terem uma competência e consistência que lhes dêem um *estatuto de interlocução*. “O desafio é fazer com que a sociedade civil construa este estatuto. Isto exige que os debates no interior da sociedade civil se façam antes da negociação com o Estado, caso contrário as diferenças da própria sociedade civil se transformam em facilidade e es-

paços para uso e abuso dos interesses do poder político." Ou melhor, a construção de uma *esfera pública ampliada* pelo protagonismo político das diferentes forças sociais exige um constante movimento dialético de superação do senso comum.

Um *mundo comum* de identificação, interesses e entendimento (considerando os conflitos e contradições) entre os conselheiros ainda está para ser construído mas que seja com o cuidado de dar-lhe um significado público e social, aberto à formação, considerando todos os atores sociais como interlocutores em potencial. No entanto, não percebemos este mundo comum como extensão de uma pretensa homogeneização do espaço do Conselho, mas como a formação de sujeitos em condições de protagonizar em sua diversidade e criar correlação de forças, para não apenas complementar o quórum. A explicitação do dissenso possibilitará desenvolver novas práticas para reinvenção de uma pedagogia capaz de criar novos mediadores sociais e colocar a problemática da vivência democrática e da produção da existência humana em novos contextos históricos. (GUATTARI, 1995, p. 150).

O papel político do Conselho direciona-se para instaurar solidariamente relações orgânicas que trabalhem a diversidade de interesses, considerem o grau de capitalização dos sujeitos⁸ envolvidos e invistam suas energias no fortalecimento do grupo e na efetivação de políticas de saúde condizentes com as necessidades da demanda. Isso pede a disposição para a instalação de uma nova prática de fazer política pública em que os diferentes sujeitos vinculados organicamente tenham condições de ser interlocutores entre si e com a sociedade em geral.

Um reaprender a participar da vida sócio-política passa pelo fortalecimento do segmento usuário e do cumprimento do papel político do Conselho, significando uma mudança na lógica de

ver e conduzir as questões sociais, processo este que não dispensa uma prática pedagógica de relações sociais, construída a partir de releituras da vida social do momento.

No contexto atual, imensamente complexo, somos parte constitutiva, não marginal e, por isso, por vezes, temos a sensação de estarmos sendo *engolidos*, o que torna mais imperativo um (re)aprendizado da vida e do trabalho, bem como, uma reescritura da lógica e dos processos das relações sócio-políticas. Os sentimentos e posições canônicas já não têm mais espaço (talvez tenham no folclore marginal), por isso a função ético-política dos movimentos organizativos da sociedade cabe ser redefinida e atualizada conforme a dinâmica do contexto, sem fugir e desconsiderar os processos e as necessidades humanas.

Referências bibliográficas

- BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e democracia. In: *Revista Lua Nova*, São Paulo: CEDEC, n. 33, p. 7-16, 1994.
- COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. In: *Revista Lua Nova*. São Paulo: CEDEC, n. 32, p. 05-16, 1994.
- FALEIROS, V. P. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.
- FREIRE, P. Apresentação. In MELLO, Sylvia Leser. *Trabalho e sobrevivência: mulheres do campo e da periferia de São Paulo*. São Paulo: Ática, 1988.
- GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Trad. C. N. Coutinho, 1995.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. 5. ed. Campinas: Papirus, 1995.
- IAMAMOTO, M. Dilemas e falsos dilemas no serviço social. In: *Renovação e conservadorismo no serviço social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- KRÜGER, T. R. *A estratégia conselheira na área da saúde: a dicotomia entre o legal e o real*. Florianópolis, UDESC, 1998, dissertação de mestrado.
- LIMA, V. L. O público e o privado na saúde: duas modalidades de poder na esfera. In: *Livro de Resumos: V Congresso brasileiro de saúde coletiva*. São Paulo: ABRASCO/APSP/FSP-USP, ag/1997.
- MINAYO, M. C. *Abordagem qualitativa da saúde*. Rio de Janeiro, 1995, (digit).
- MONTÃO, C. Políticas sociais para quem? Conceituação do 'popular'. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 45, 1994.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- PINHEIRO, R. A dinâmica dos conselhos municipais de saúde no estado do rio de Janeiro: três estudos de caso. In: *Revista de administração pública*. Rio de Janeiro: Fund. Getulio Vargas, n.07 30, p. 64-100, set./out. 1996.
- SÃO JOSÉ. Conselho Municipal de Saúde. *Atas das sessões plenárias*. ag.1996 a dez.1997.
- SIMIONATTO I. e NOGUEIRA, V. A ampliação das políticas públicas de corte sócio-assistencial: o papel dos sujeitos coletivos. *Relatório de Pesquisa*. Florianópolis, 1997. Depto de Serviço Social/UFSC, (digit).
- SPOSATI, A. Os desafios da municipalização do atendimento à criança e ao adolescente: o convívio... In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 46, p. 104-115, 1994.
- VIEIRA, E. *Democracia e política social*. São Paulo: Cortez, 1995.

Notas

- 1 A gestão do Conselho Municipal de Saúde de São José foi analisada, de julho de 1996 a julho de 1998, espaço de tempo da pesquisa e participação como profissional suplente. O período da pesquisa documental foi o compreendido entre agosto de 1996 e dezembro de 1997, no entanto as observações referem-se à totalidade da gestão.
- 2 O Conselho Municipal de Saúde de São José é composto por doze membros titulares e doze suplentes, assim divididos: seis representantes dos usuários, dois profissionais de saúde, dois prestadores de serviços privados para o SUS e dois do governo municipal.
- 3 *“Quando se formou o Conselho, observei que nós, como usuários, não tínhamos muita força política lá dentro; primeiro, porque o horário de reunião, 9 horas da manhã, nas terças-feiras, horário que trabalhador não pode [...] Após a formação do Conselho nossa participação como usuário foi muito pequena [...] tínhamos conflitos seríssimos [...] Neste caso, em vez de a gente ficar brigando com a diretoria, ficávamos brigando entre nós e isso eu vejo que, para a Secretaria, foi ótimo [...]”* (usuário na gestão 1994/96).
- 4 Um relato da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhabela/SP (1990-92), informa que “quando se procurava colocar em prática as diretrizes e princípios básicos da política nacional de saúde, até então não concretizados devido às posturas assumidas pela unidade hospitalar privada, conveniada para complementar o sistema municipal de saúde [...] ora se colocava como instituição pública integrante do sistema de saúde e ora, como entidade privada negando-se a dar visibilidade aos seus gastos, serviços e ações. Era pública quando buscava verbas públicas, mas se tornava privada sempre que o Conselho Municipal de Saúde exigia que prestasse contas das verbas públicas repassadas e dos serviços que havia prestado.” (LIMA, 1997, p. 15).
- 5 Para Offe (1984, p. 61) existem diferenças escondidas, ignoradas pela prática predominante de “codificação” da realidade através do emprego do conceito de “grupo de interesse” (ou “interesse organizado”). O conceito político de grupo de interesse torna-se cada vez mais inespecífico, diluindo-se numa lógica de ação coletiva “e, como forma neutra que pode igualmente ser preenchido por ‘interesses’ heterogêneos, desempenha a função de obscurecimento da categoria de classe social através da prática intelectual de equacionar o desigual.” Paralelamente, o autor percebe que os conceitos econômicos de mercadoria, liberdade de contrato, oferta e procura tendem a negar, e mesmo a bloquear o acesso cognitivo à realidade de classe.
- 6 Segundo Montão (1994, p. 67), o uso da categoria *povo* ou do termo *popular* têm se caracterizado nas ciências sociais como *vícios* teóricos pois padecem da falta de clareza conceitual de quem são estes atores sociais, suas demandas e características. Mas em seu estudo o autor procura precisar um conceito: “O ‘popular’ se constitui como consequência de uma desigual distribuição dos bens sociais e do poder político. Ele se constitui por setores não hegemônicos e se compõe por uma heterogeneidade e multiplicidade de setores sociais diferentes, às vezes contrapostos”.
- 7 O Movimento de Reforma Sanitária praticamente não considerou o movimento real da sociedade, privilegiou os aspectos jurídico-institucionais, constituiu-se quase sem ligação com a esferas locais/municipais, caracterizou-se como política pensada e desejada muito mais pelos setores progressistas da sociedade. Este tema está melhor desenvolvido em “Do legal ao real: o processo de implementação do SUS”, segundo capítulo da minha dissertação.
- 8 Capitalização dos sujeitos entendida “enquanto enriquecimento da vida individual/coletivamente para que se possa enfrentar essa condição de perda do poder, de perda de ‘capitais’, de patrimônios afetivos, familiares, culturais, econômicos, para enfrentar as mudanças de relações/trajetórias da vida, no tempo histórico e social desta sociedade determinada.” (FALEIROS, 1997, p. 23).

Endereço – Autora

Departamento de Serviço Social
Centro Sócio Econômico – UFSC
E-mail: kataly@cse.ufsc.br