

Universidade Estadual do Ceará
Josefa Nunes Pinheiro

**ENTRE A CENA E A ENCENAÇÃO PÚBLICA:
A POSSIBILIDADE DE CONSTITUIÇÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMO ESPAÇO PÚBLICO DEMOCRÁTICO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde pública. Área de concentração: Política Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa Dra Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza-Ceará
2005

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título da dissertação: Entre a cena e encenação pública: a possibilidade de constituição do conselho municipal de saúde como espaço público democrático.

Autora: Josefa Nunes Pinheiro

Defesa em: 22 de fevereiro de 2005

Conceito

obtido:

Nota obtida: _____

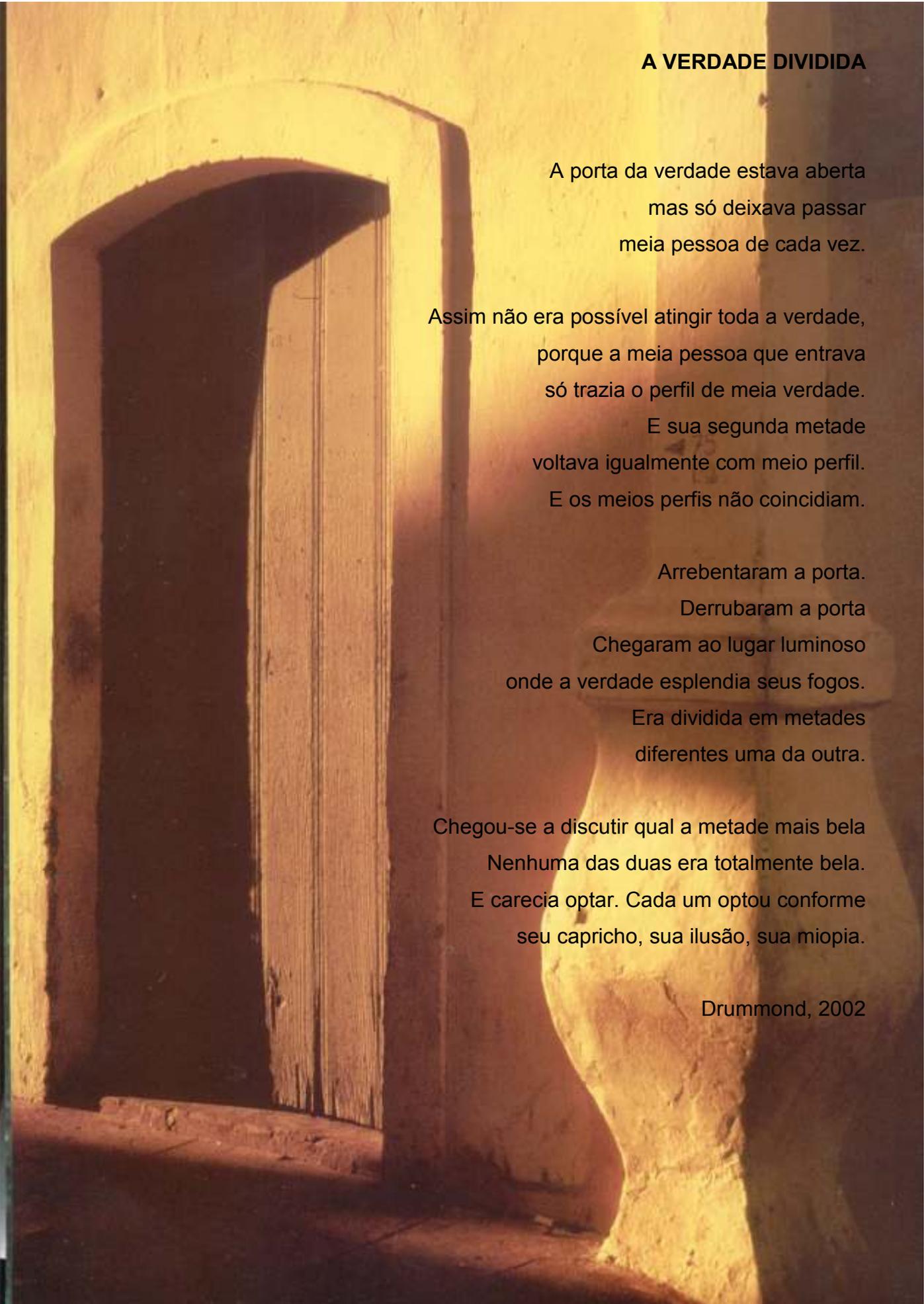
Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora e Presidente)

Prof. Dr. Francisco Carlos Jacinto Barbosa
1º Membro

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
2º Membro

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Suplente



A VERDADE DIVIDIDA

A porta da verdade estava aberta
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta.

Derrubaram a porta

Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.

Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela
Nenhuma das duas era totalmente bela.

E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Drummond, 2002

Dedico este trabalho aos que me acompanharam no dia a dia, às vezes de perto, às vezes de longe e souberam, com seu carinho e aconchego, dar-me forças e coragem para realizá-lo.

RESUMO

O processo de abertura à Democracia instituiu, através da Constituição de 1988, novos arranjos deliberativos, os Conselhos Gestores. Neste estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde – CMS de Icó-Ce, instância colegiada do SUS, criada com o propósito de definir, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde, buscou-se analisar a atuação do CMS enquanto espaço público democrático, orientado para a apresentação e tematização de questões relevantes para a sociedade através da ação comunicativa. Tomamos como referência teórica as categorias “Participação Cidadã”, “Espaço Público” e “Cidadania”, evidenciando a tematização da agenda e o processo decisório no interior do CMS. As informações para a análise foram coletadas a partir de entrevistas semi-estruturadas, revisão de documentos e registros de observação, tendo sido analisadas à luz da hermenêutica, proposta por Gadamer, com os seguintes passos: elaboração de um *corpus* de comunicação, seleção dos núcleos de sentido e estruturas de relevância e análise interpretativa pautada no movimento do círculo hermenêutico. Assim, encontraram-se as categorias empíricas da pesquisa, a saber, “Conselho Municipal de Saúde: um espaço para expressão das necessidades de quem?” ; “Cena Pública ou encenação pública: a prática de publicização da agenda de saúde”; “Espaço para constituição de sujeitos/assujeitados”. Analisando os resultados, acredita-se que à ampliação da cultura política participativa e à criação dos mecanismos de participação cidadã não corresponde um movimento de fortalecimento desses canais devido à ação intencional dos grupos políticos que ocupam o poder, para quem a norma predominante ainda é o clientelismo, ora mascarado pelo discurso da participação.

ABSTRACT

The process of Democracy opening established, upon the Constitution of 1988, new deliberative arrangements: the Administration Councils. In this study about the Health Municipal Council (HMC) of Icó-CE, collegatory instance of SUS, created aiming to define, follow and evaluate the municipal health policy, it was analysed the work of HMC as a public space, directed to presentation and creation of themes of relevant issues to the public through communicative action. We had as a theoretical reference the categories: "Citizen Participation", "Public Space" and "Citizenship", attesting the creation of themes of the agenda and the decisive process inside HMC. The data were collected in semi-structured interviews, review of documents and reports of observation, all analysed regarding the hermeneutics, proposed by Gadamer, on the following steps: elaboration of a communication staff, selection of sense nuclei and relevant structures and interpretative analysis based on the hermeneutic circle. Thus, it was found the following categories - "Health Municipal Council: a place to express whose needs?" ; "Public Scene or public staging: the practice of publishing the health agenda"; "Place for constitution of subjects/subjected". Analysing the results, we believe that to the participative political culture enlargement and to the creation of people participation mechanisms, does not match a strengthening movement of these means due to the intentional action of political groups that have the power, for those ones which predominant rule is still the clientelism, once disguised by the participation speech.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas.....	09
Lista de Figuras, Quadros e Tabelas.....	10
Apresentação.....	11
1. Prólogo.....	16
1.1 Construindo o objeto de investigação.....	17
➤ Objetivo.....	18
1.2 As categorias de análise.....	25
1.2.1 Espaço Público / Esfera Pública.....	27
1.2.2 Participação Cidadã.....	31
1.3 A Opção metodológica.....	35
1.3.1 Hermenêutica.....	35
1.4 Caminhos da Pesquisa.....	37
➤ Campo da pesquisa.....	37
➤ Atores Sociais.....	39
➤ Mecanismos e estratégias de coleta das informações.....	39
➤ Questões éticas.....	41
➤ Tratamento das informações.....	42
2. O Cenário.....	44
2.1 Um pouco de História.....	46
2.2 O quadro político.....	48
2.3 Organizações e Movimentos Sociais.....	51
2.4 O Sistema de Saúde e o perfil epidemiológico.....	54
2.5. O Conselho Municipal de Saúde.....	56
3. Os Atores.....	59
4. O Espetáculo.....	65
4.1 Primeiro Ato – Conselho Municipal de Saúde: um espaço para expressão das necessidades de quem?.....	66
4.2 Segundo Ato – Cena pública ou encenação pública: a prática de publicização da agenda de saúde.....	76

4.3 Terceiro Ato – Um espaço para constituição de sujeitos/assujeitados?.....	87
5. Considerações Finais.....	92
Referências Bibliográficas.....	97
Anexos.....	102
Anexo I - Roteiro de Entrevista.....	103
Anexo II - Legislações de regulamentação do Conselho Municipal de Saúde	104
Anexo III - Formulário para conselheiros.....	105
Anexo IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
Anexo V - Foto de reunião do CMS-Icó em abril de 2004.....	107
Anexo VI – Parecer do Comitê de Ética.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

17° CERES – 17° Célula Regional de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CDL – Câmara de Dirigentes Lojistas
CEB – Comunidade Eclesial de Base
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONTAG – Confederação dos Trabalhadores da Agricultura
CPT – Comissão Pastoral da Terra
EMATERCE – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará
FAMICÓ – Federação das Associações Comunitárias do Município de Icó
FETRAECE – Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado do Ceará
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MPA – Movimento dos Pequenos Agricultores
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra
ONG – Organização Não Governamental
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PJMP – Pastoral Jovem do Meio Popular
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINTSEF – Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal
SISVAN – Sistema de Vigilância Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Mapa de Icó – IBGE.....	36
Gráfico 01 – Taxa de Mortalidade Infantil 1996-2003, Icó-CE.....	56
Quadro: Lista dos municípios que assinaram o convênio de municipalização, por data de assinatura e região de saúde-DERES, no Estado do Ceará, 1989.....	58
Gráfico 02 – Conselheiros Municipais por escolarização, segundo segmento de representação, novembro-2004, Icó-CE.....	62
Gráfico 03 – Filiação dos conselheiros a partidos políticos, segundo segmento representado, novembro-2004, Icó-CE.....	63
Gráfico 04 – Conselheiros por segmentos sociais, novembro-2004, Icó-CE.....	69

APRESENTAÇÃO

O espaço público se torna a arena para a definição contenciosa do que é político, isto é, do que pertence à polis. Sua função principal é trazer para a discussão aberta questões problematizadas pelos movimentos sociais [...] permitindo à sociedade como um todo assumir seus dilemas [...] enquanto dilemas internos, transformando-os em política.

Melucci apud Avritzer, 1999, p. 182

APRESENTAÇÃO

A preocupação com as relações que se estabelecem entre as esferas pública e privada, e sua conseqüente implicação na construção da democracia, tornam-se compreensíveis a partir de uma leitura da minha trajetória enquanto cidadã, sujeito de um processo histórico, no qual me insiro num misto de papéis, ora como pesquisadora, ora como objeto da pesquisa, e pelo contexto sócio-cultural em que esta se desenvolve.

Como filha de trabalhadores rurais, aprendi desde cedo que o único caminho para ir além das *cercas da propriedade* é o exercício da cidadania em sua forma mais radical, aqui entendida como em Marx (1959, p. 263):

Ser radical é tomar as coisas pelas suas raízes. Ora, para o homem, a raiz é o próprio homem. Isso resulta na crítica [...] que conduza ao imperativo categórico de transformar as condições sociais nas quais o homem é um ser humilhado, escravizado, abandonado e desprezível.

Para tanto, ingressei desde cedo nos movimentos populares, primeiramente, no movimento estudantil, e depois, através das Associações Comunitárias, no movimento dos trabalhadores rurais. Mas foi a partir do trabalho feito na Especialização, em que tive como objetivo analisar a consolidação do controle social no SUS em Icó-CE, e a partir da experiência dos Conselhos Locais de Saúde que resolvi aprofundar as discussões acerca da minha prática junto a esses movimentos. Com esse fim, entrei no Mestrado em Saúde Pública, com o intuito de compreender melhor o movimento de construção da cidadania participativa no setor da saúde, apontado no trabalho de Especialização em Saúde Pública. Esse estudo desencadeou pontos de reflexão para a presente pesquisa, em que procuro deter-me na análise dos instrumentos de participação cidadã – Conselho Municipal de Saúde – no processo de construção de espaços como instrumentos ativadores de publicização na formulação e na gestão da política da saúde, em que possa ocorrer o confronto de opiniões que disputam a atenção dos tomadores de decisão.

Ao optar pelo município de Icó-CE, enquanto espaço concreto de análise, creio estar abrindo a oportunidade de construir/desconstruir minhas posições e

práticas, enquanto sujeito inserido nesse contexto, referentes ao trabalho desenvolvido junto aos serviços de saúde em nível local, no Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social, no qual tive a oportunidade de debater com os gestores, profissionais de saúde, e com os usuários dos serviços, as novas formas de organização do espaço público, a partir das diretrizes para a política de saúde, asseguradas pela Constituição Federal de 1988, e seus desdobramentos, nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A análise da situação dos Conselhos Locais apontou-me questões práticas como o reconhecimento de conflitos e interesses, diferenciados e divergentes na conformação organizativa das políticas e serviços de saúde, percebido através das relações estabelecidas entre os diferentes interlocutores que atuam na esfera da saúde que, em meio à disputa social, sustentam as suas posições e articulam-se em defesa de seus interesses (pessoais e clientelistas ou coletivos) na manutenção do poder e manipulação dos recursos. Logo, traduzi essas questões práticas em questões teóricas, nas quais a publicização das práticas sociais envolve a representação de interesses coletivos na cena pública, para que possam ser confrontados e negociados a partir da explicitação dos conflitos e, nesse movimento a existência de esferas públicas fortalecidas é uma condição necessária, embora não suficiente para assegurar a efetividade da representação, enquanto pressuposto da Democracia.

Assim, resolvi estudar o Conselho Municipal de Saúde – CMS de Icó, enquanto espaço público privilegiado na elaboração de um novo Sistema de Saúde, idealizado sob princípios democráticos, embora edificado sobre o solo corroído por décadas de autoritarismo e centralismo político-administrativo. O objetivo primordial foi compreender melhor o processo de conformação do CMS enquanto espaço público democrático, orientado para a representação e tematização de questões relevantes para a sociedade através da ação comunicativa. Para isso, elegi como referencial as idéias de Jürgen Habermas, que oferecem uma oportunidade de compatibilizar o ideal da participação com os problemas colocados à sociedade moderna pela complexidade e pelo pluralismo.

Movida também pela pretensão de uma ação hermenêutica, não apenas enquanto teoria da interpretação, mas como lentes para enxergar uma realidade em que a própria linguagem já é interpretação, porque procura expressar o que se

passa na alma de quem formula palavras. Além disso, a fala que se exterioriza fica sempre aquém da *palavra interior* a ser expressa. Daí a necessidade de se recuperar a linguagem interior, a espreitar por trás da fala.

A partir do movimento de interpretação da realidade, foi possível assumir a idéia de alguns intelectuais brasileiros, para quem o neoliberalismo, que ora avança no campo econômico político-social no Brasil, transforma a política em simulacro e espetáculo, repondo com aparências a liturgia teológica do poder. Não foi por acaso que optei por apresentar o trabalho na forma de peça teatral.

No primeiro capítulo, apresento um *prólogo* da obra, procuro esclarecer além do recorte do objeto, a opção metodológica e uma síntese da revisão sobre a temática que trata dos conselhos de saúde. Há ainda uma ênfase na definição de determinadas categorias e conceitos adotados para o estudo, enfim, uma cena introdutória, em que forneço dados prévios elucidativos do enredo da peça.

No segundo capítulo, apresento o *cenário*, no qual se desenvolve o espetáculo, de modo a caracterizar o contexto histórico, político e social, identificados no estudo. São evidenciados ainda os eventos relacionados ao Sistema de Saúde local, e, por último, o Conselho Municipal de Saúde – CMS.

No terceiro capítulo, busquei apreender quem são os *atores*, os personagens reais em seu contexto, com ênfase no que identifiquei como habilidades e limitações ao exercício da função de conselheiro.

Finalmente, no quarto capítulo, são descritos e analisados os atos do que chamei de *espetáculo*. No primeiro ato - Conselho Municipal de Saúde: um espaço para expressão das necessidades de quem? - analiso a composição plural e paritária do CMS, a capacidade de representação por parte dos conselheiros, ou a sua qualificação a partir de demandas coletivas, e, por último, a possibilidade de os conselheiros intervirem, de forma mais ativa, no diálogo deliberativo no interior dos conselhos. No segundo ato - Cena pública ou encenação pública: a prática de publicização da agenda de saúde - evidencio a falta de publicidade e publicação de um espaço que, por natureza, é público; E, por último, no terceiro ato - um espaço para constituição de sujeitos/assujeitados? - discuto a prática de participação nesse espaço concreto – o CMS Icó – a partir do pressuposto da educação enquanto imperativo ao processo de participação.

As considerações finais são tecidas, buscando constituir intermediações entre a validação dos resultados encontrados, destacando, no quadro sombrio, as brechas de luz que se abrem para a efetivação da ação dialógica e a constituição do CMS em Espaço Público Democrático.

No percurso empreendido nesse estudo, muitas pessoas e instituições têm crédito neste trabalho, e a todos devo minha imensa gratidão. Cabendo-me citar algumas que me foram muito caras e imprescindíveis:

Minha orientadora, Profa. Dra. Salete, pelo empenho constante em criar oportunidades para o meu crescimento;

Os professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e professores visitantes, com que tive a oportunidade de debater, abrindo pistas e espaços, estimulando a reflexão e criando oportunidades e brechas de luz para realização deste trabalho;

Meus pais Romão, Zuleica e Zelita, pelo apoio incondicional em mais uma empreitada que me arrisco nesta vida;

Minha família próxima Estevão, Kalianne, Herlânio, Simão, Soares, Simone e o pequeno Kauã, por me ensinarem, todo dia, a difícil arte de amar e conviver ao mesmo tempo;

Meus amigos Rosângela, José Augusto, Rômulo e Patrícia, pela acolhida, carinho e dedicação durante toda a caminhada;

Minha amiga Mônica e sua família que, com simpatia e calor humano, cativaram-me;

À CAPES, pelo financiamento deste trabalho.

1º CAPÍTULO

- Prólogo -

O Neoliberalismo é o projeto de encolhimento do espaço público e do alargamento do espaço privado – donde seu caráter essencialmente antidemocrático – caindo como uma luva na sociedade brasileira. O Neoliberalismo transforma a política em espetáculo e simulacro e, deste ponto de vista, repõe com outros meios e aparências a liturgia teológica do poder.

Chauí, 1994, p. 29

1. PRÓLOGO

1.1 Construindo o objeto de investigação

Assim como uma cultura política liberal não pode ser sacada, magicamente, da cartola, uma sociedade civil ativa com uma rede de organizações voluntárias não pode ser simplesmente produzida. Acreditar que a história podia ser fabricada foi uma ilusão da filosofia da história. O poder administrativo não é o meio apropriado para o surgimento ou até para a produção de formas de vida emancipadas. As estruturas comunicativas do mundo da vida, por sua vez, só se modificam através do médium da comunicação.

J. Habermas

No Brasil, a possibilidade de uma atuação conjunta do Estado e da Sociedade Civil, emerge, fortemente no final dos anos 80 e durante os anos 90, como estratégia de mão dupla, na qual o Estado enxergava uma possibilidade de cooptar a sociedade civil, para que esta apenas legitimasse decisões tomadas nos gabinetes, e a sociedade civil enxergava a possibilidade de orientar a ação dos ocupantes do Estado a partir de seus projetos democratizantes. Embora, à primeira vista, essa explicação possa parecer reducionista e até maniqueísta, ela torna-se aceitável quando se reconhece o caráter de construção histórica das relações entre Estado e sociedade civil, que são passíveis de transformação pela ação política, e, ao mesmo tempo, são resultado desta.

Nesse sentido, rememorando o período citado, o Estado encontrava-se, tomado de assalto por forças políticas conservadoras, e a estrutura estatal ainda impregnada pelo modelo autoritário, limitando os impulsos participativos. As experiências de gestão democrática desse período são significativas em termos qualitativos, porém são quase insignificantes em termos quantitativos. Daí, justificar-se a generalização do caráter do Estado e da Sociedade Civil. Embora esta pesquisadora seja forçada a reconhecer que esse caráter conservador e autoritário do Estado possui raízes também na sociedade civil.

Contudo, a participação de setores da sociedade, comprometidos com a democratização, nos espaços públicos¹ criados pela nova engenharia política, não é um processo linear que conduz, necessariamente, ao seu fortalecimento. Os espaços públicos, a saber, os conselhos gestores, os fóruns temáticos, conferências, experiências de orçamentos participativos e algumas ONG, dentre outros, constituem espaços inovadores, mas sua efetivação está associada ao jogo da correlação de forças e projetos políticos presentes na arena decisória.

Além disso, a expectativa da atuação dos espaços públicos, enquanto agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade, na instauração de um novo modelo verdadeiramente democrático, pode resultar em uma interpretação equivocada dessa prática, condenando-a ao ostracismo acadêmico. Portanto, sua análise deve ser pautada na particularização do contexto concreto, na explicitação da complexidade do cenário e na multiplicidade de atores que compõem a experiência analisada.

Por tudo isso, o objetivo deste estudo é analisar como vem se conformando o exercício da participação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Icó-Ce, de modo a afirmá-lo enquanto espaço público democrático, e quais os fatores intervenientes nesse processo.

A temática da participação em Saúde popularizou-se como Controle Social. E o debate, bem como a publicação de estudos sobre Conselhos de Saúde, enquanto instrumentos de controle social do Estado pela sociedade; promotor da descentralização administrativa; amplificador da participação popular no processo decisório; ou mesmo como indutor de maior eficácia na implementação de políticas públicas, têm sido constantes na última década (Carvalho, 1995, 1997 E 1998; Gerschman, 1995; Ramos, 1996; Cortes, 1998; Viana, 1998; Correia, 2000; Gohn, 2001; Wendhausen e Caponi, 2002; Vázquez et al, 2003; Bravo, 2001).

¹ Utilizo a expressão espaço público como sinônimo de esfera pública. Essa questão será trabalhada no referencial teórico.

A abordagem de Gohn (2001) está pautada na perspectiva de conselho enquanto instrumento de participação sociopolítica, “elemento de um novo modo de governança democrática na gestão dos negócios públicos”, principalmente em âmbito local, e, embora sejam tidos pela autora como conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil organizada, têm sua efetividade atrelada a uma série de variáveis que vão desde a fiscalização e avaliação do conselho até o exercício real de seu poder deliberativo.

Correia (2000) assenta sua análise na questão do “controle social em saúde enquanto gestão dos recursos do setor”. Segundo a autora, a descentralização dos recursos tem favorecido o surgimento de experiências inovadoras e bem sucedidas e a participação social efetiva, entretanto, essas são uma minoria e dependem da vontade política do gestor de realizar uma gestão permeável às demandas da população.

Autores como Carvalho (1995, 1997 e 1998) e Gerschman (1995) analisam os Conselhos de Saúde, dentro do *contexto da reforma sanitária*, embora partam para conclusão distintas. O primeiro avalia que os conselhos vêm funcionando como “fomentadores da constituição de identidades coletivas e sujeitos políticos”, considerando-os “inovações institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento de demandas na área de saúde”. Para a segunda, há um estranhamento entre os Conselhos de Saúde e os movimentos sociais, o que produz uma situação dúbia, em que o poder executivo não lhes reconhece o caráter decisório, e o movimento social pela saúde e usuários lhe tiram o crédito, o que, para a autora, é um retrocesso, uma perda dos espaços criados pela “Reforma Sanitária” que ora se vêem apropriados por entidades que os tutelam.

Seguindo esta última tendência, há trabalhos significativos, tais como os de Ramos (1996), Dallari et al (1996) e Cortes (1998), estudos que *vislumbram os entraves para efetivação da participação no espaço do Conselho de Saúde*.

Ainda nessa linha de conclusão, está o estudo de Wendhausen e Caponi (2002), embora se utilizem de uma metodologia distinta: “a análise dos mecanismos e estratégias discursivas como as hipercodificações usadas, como ardil, para fechar as possibilidades de interlocução democrática”. As autoras chegam à conclusão de

que vem ocorrendo “o uso instrumental de um espaço que se pretendia ‘democrático’, para legitimar ações governamentais [...]”.

Seguindo uma orientação metodológica mais voltada para os *discursos e práticas referentes ao processo de participação*, encontram-se estudos como os de Vazquez et al (2003), Acioli e Carvalho (1998), Pedrosa (1997) e Valla (1998 a e b), que, em sua maioria, identificam distorções no exercício real da “participação”, encarada, muitas vezes, como “a cooptação da população para realizar ações e obras de responsabilidade do governo, em nome da ‘participação’”(Valla, 1998 b).

Algumas análises de experiências de participação via conselhos vêm sendo compreendidas pelos estudiosos da questão da governança democrática com ênfase ora no poder local, ora na descentralização (Boschi, 1999; Santos Júnior, 2001; Monnerat et al, 2002; Jacobi, 2002). Desse ponto de vista, a análise da atuação do Conselho é situada no campo do debate teórico das reformas institucionais que visam ao fortalecimento da autonomia dos municípios e ao estabelecimento de novos formatos de organização do poder local, notadamente, vinculados à criação de parcerias entre o poder público e os setores da sociedade civil como eixo legitimador da descentralização e da autonomia do poder local.

Entretanto, observa-se, dentre esses estudos, uma ausência de pesquisas que vejam os Conselhos, enquanto espaços públicos democráticos, mais que uma categoria da teoria democrática, mas como um conceito da história social que ocorre em um contexto particular e com uma trajetória própria e específica, ou como uma experiência particular, necessariamente, contingente e intransferível.

Dessa forma, desenvolve-se essa pesquisa destinada a analisar a possibilidade de constituição de Conselho Municipal de Saúde de Icó, em um Espaço Público Democrático capaz de atuar como caixa de ressonância dos problemas da sociedade, à medida que represente interesses coletivos, levando-os à cena pública, para que possam ser confrontados e negociados a partir da explicitação dos conflitos, e seja também capaz de conferir um caráter público às decisões.

Tal é a natureza do esforço analítico que empreende-se aqui, por intermédio do exame da experiência de um Conselho de Saúde implantado como um canal de interação entre governo e sociedade numa dada configuração histórica,

que coloca a possibilidade de pensar as políticas de saúde no Brasil na transição e na consolidação da democracia.

Uma análise da Esfera Pública, no Brasil, significa rememorar uma trajetória marcada pela supremacia do personalismo e do privado em relação ao público.

Ao analisar esse processo, Martins (1999) parte dos tempos da monarquia colonial, quando já não havia uma distinção entre o patrimônio do Rei e dos súditos, na qual um desfrutava do patrimônio do outro. Como conseqüência disso, vê-se nos pedidos de sesmarias do período colonial que as justificativas se dão em nome dos interesses do rei e não das necessidades do povo, o que fez da concessão territorial uma troca de favores, um pagamento pela lealdade política. Nos séculos XVI e XVII, a *res publica*, isto é, as vilas e os municípios eram administrados pelos 'homens bons', ou seja, república era sinônimo de coisa pública administrada pela assembléia dos particulares, logo, o público era quase que inteiramente personificado pelo privado. Com a Independência, analisando os critérios de expressão política, o autor conclui que todo o sistema estava baseado em mecanismos de intermediação política de fundamento patrimonial. A modernidade das atividades econômicas não logrou êxito em extinguir o clientelismo, que, segundo o autor, revigorou-se mudando de forma, praticado por uma nova geração de políticos de fachada moderna, apoiando-se na instituição da representação política como uma espécie de gargalo na relação entre a sociedade e Estado, na qual, não só os pobres, mas todos que de algum modo dependem do Estado, são induzidos a uma relação de troca de favores. Para o autor, a modernização na sociedade brasileira associou continuamente patrimônio e poder, consolidando a cultura da apropriação do público pelo privado.

Portanto, o padrão de intervenção do Estado brasileiro concentrou-se no financiamento da acumulação e da expansão do capital, em detrimento da consolidação de instituições democráticas e da institucionalização do acesso público a bens, serviços e direitos básicos de extensas camadas da população. Logo, a ausência da dimensão pública nas ações do Estado não constitui um fenômeno recente, mas é algo intrínseco ao desenvolvimento capitalista na formação social brasileira.

Voltando ao quadro de redefinições no fim do período autoritário, verifica-se que, se de um lado, na década de 1980, houve um aprofundamento do fosso que

separa os mais ricos dos mais pobres, de outro, a consciência desse processo foi fundamental para a articulação de uma possível superação (Brum, 2000). A luta pela democratização do país e a busca por novos canais de participação popular consubstanciam-se, entre outros aspectos, na definição do texto constitucional de instrumentos ativadores da publicização na formulação e na gestão de políticas públicas. Nesse período, tencionava-se a relação entre Estado e sociedade civil, que passava a cobrar daquele um maior poder para interferir em suas decisões, e os conselhos surgiam como espaços em que esses anseios podiam ser efetivados.

Essa perspectiva abre uma possibilidade de mudar a tendência de ampliação da esfera privada em detrimento da esfera pública, que vem sendo desencadeada pelo processo de reforma do Estado, iniciada no mandato do presidente Collor, mas que vêm sendo levada adiante pelos seus sucessores Fernando Henrique e Lula (Leher, 2003), pela via do fortalecimento das formas democráticas de relacionamento entre as esferas pública e privada. Assim, a publicização das práticas sociais envolve a representação de interesses coletivos na cena pública, que possam ser confrontadas e negociadas a partir da explicitação dos conflitos que regem as relações societárias no mundo contemporâneo.

São estes aspectos até aqui delineados que delimitam a problematização do objeto de estudo e possibilitam estabelecer os recortes dessa abordagem que ora desenvolvo.

A delimitação do recorte temporal ao processo de democratização, iniciado em fins dos anos 80, como parte de um projeto de reforma das instituições políticas que teve por objetivo a recuperação das bases federativas do Estado brasileiro e que culminou com um extensivo programa de descentralização, particularmente, na área das políticas sociais (Arretche, 2002), não significa reduzi-lo a uma situação imediata ou negar os processos histórico-sociais que marcam a constituição e conformação das políticas e práticas de saúde. Porém, busco traçar as ações dos sujeitos sociais que constroem, na sua luta diária, um modo particular e específico de intervenção em uma dada realidade, como parte de uma estrutura social ampla e em constante transformação, portanto, histórica.

É, nesse contexto, que se apreende a redefinição do espaço público como um novo espaço público de caráter não-estatal, surgindo como agente de mudança e decisão, para que os mecanismos de participação, de caráter

democrático, venham a operar, que se inserem os conselhos de saúde. Estes são esse novo espaço público, conquistado pelos movimentos populares e pela sociedade civil, expresso nos princípios do SUS e da Reforma Sanitária. Com a missão de atuar na tematização e formulação da agenda pública para o setor (Carvalho, 1997). Contudo, deve-se lembrar, assim como Ramos (1996), que a sua mera existência “não garante imediato controle social perfeito, mas é parte de um processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas” (Ramos, 1996, p. 342). É a sua conformação, a partir de condições históricas e da atuação dos sujeitos, que vai defini-lo, e é esse processo que se procura apreender neste estudo. Nesse contexto, brevemente delineado, inscreve-se o presente objeto de estudo, que é continuidade da pesquisa anterior, quando analisei os Conselhos Locais de Saúde, que me apontou para a necessidade de estudo da conformação de espaços públicos democráticos a partir da institucionalização da participação comunitária cidadã no setor saúde. Os espaços públicos democráticos são aqui entendidos numa perspectiva construída a partir dos estudos de Arendt (1999) e Habermas (1990, 2003), correspondentes a um nível situado entre a esfera privada e o Estado que atuem como caixa de ressonância dos problemas da sociedade, que propiciem o debate público ao lidar com questões de interesse coletivo, e que são, em última instância, condição necessária para o desenrolar da ação, da palavra e da liberdade (Costa, 1994; Arendt, 1999; Lafer, 1999). O objeto situa-se também nas inter-relações entre o ideal colocado em lei e a prática, no confronto de interesses gerais e particulares, na constituição de uma maneira própria, individual e coletiva de operar tais serviços, representados pelas vertentes instituinte e instituído, regulados e enraizados no fazer cotidiano.

Diante do exposto, nessa primeira aproximação do tema, passo a apresentar os pressupostos, a fim de facilitar o entendimento do caminho teórico-metodológico orientador dessa pesquisa:

O **primeiro pressuposto** é o de que a problemática em questão decorre de raízes históricas na formação da sociedade brasileira, e na forma de utilização dos espaços públicos, além de ser resultante de determinações política, econômica, social e ideológica. Assim, esses espaços têm se modificado ao longo do tempo, em particular, nos últimos quatorze anos, com o avanço no processo de

municipalização, com avanços e recuos na publicização da agenda de saúde e na oferta e utilização dos serviços públicos, pelo público.

O **segundo pressuposto** é o de que a criação do Conselho Municipal de Saúde – CMS representou um avanço em relação à política anterior, contudo, sua implantação *pode* significar um impulso na publicização das políticas de saúde, à medida que consiga deslocá-la para a cena pública, e sua consolidação como espaço público depende da incorporação de mecanismos publicizadores, como Publicidade das ações e discursos, Representação de interesses coletivos, Cultura pública, Autonomia em relação ao sistema político e Espontaneidade dos processos de formação de opinião.

O **terceiro pressuposto** é de que, no contexto das reformas orientadas por princípios neoliberais como o encolhimento das funções sociais do Estado e a desregulamentação social e econômica, há o enfraquecimento do poder do mesmo, impedindo a sua permeabilidade frente às demandas sociais, acentuando sua tendência cooptadora e minando a construção de espaços públicos democráticos.

Assim, ao tomar como recorte espacial o Conselho, e temporal, o processo de democratização, reconheço a existência de um conflito latente que precisa ser explicitado, a fim de que os defensores de um sistema público de saúde possam munir-se de meios, na interpretação e entendimento da tessitura do tecido social, em que se inserem as políticas públicas de saúde, para que consigam estruturar uma linguagem pública, para a constituição de espaços públicos enquanto instâncias de legitimidade dos conflitos, de debates e negociação, como caminho na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática.

Cabe, então, apontar alguns questionamentos que envolvem o objeto de que trato aqui:

Como vem se constituindo o processo de publicização das demandas de saúde no município?

Como vem se constituindo o Conselho Municipal de Saúde - CMS, como um mecanismo de ritualização da demanda ou um instrumento de representação social colaborando na implementação e no controle das políticas?

Até que ponto as representações que compõem o **CMS** estão conseguindo constituir-se como sujeitos na direção indicada? E quais são as dificuldades que se interpõem nesse processo?

A partir da problemática apresentada, **o estudo objetiva**: Analisar a conformação do exercício de participação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Icó-Ceará, de modo a afirmá-lo enquanto espaço público democrático, e quais os fatores intervenientes nesse processo.

1.2 As Categorias de Análise

O presente estudo assenta-se sobre posturas distintas, embora não excludentes, acerca da esfera pública. Não é minha pretensão criar uma panacéia teórica, apenas considero que as duas abordagens são imprescindíveis na análise da problemática. A primeira abordagem, que se encontra nos estudos de Ribeiro (1992, 1994, 2000), caracteriza-se pela distinção do termo público em dois sentidos principais, na língua e no pensamento moderno; no primeiro, o “[...]‘público’ se opõe a ‘privado’ e se faz sinônimo do bem comum, daquilo que não pode ser alvo de apreciação egoísta ou particular” (Ribeiro, 1994, p. 31); no segundo, o termo “‘público’ se opõe a ‘palco’, aqui seu sinônimo é ‘platéia’- a soma dos que assistem a uma representação, tendendo à passividade, podendo manifestar-se apenas pelo aplauso ou vaia, pela compra ou boicote do ingresso, mas sem ter meios de rever a radical e constitutiva desigualdade a separá-la dos atores” (Ribeiro, 1994, p. 32).

Assim, esse autor orienta sua análise, na centralidade dos meios de comunicação de massa e na impossibilidade do entendimento comunicativo dentro da esfera pública. Mesmo considerando-a um fórum comunicativo aberto, estabelece-se uma diferenciação rígida entre o palco e a platéia. Logo, nessa vertente teórica,

a ressonância pública dos problemas tematizados [...] pouco depende dos conteúdos efetivamente tratados – se correspondem ou não a reivindicações e aspirações sociais latentes [...] tal impacto deve ser tratado como resultado da habilidade dos movimentos em manipular

adequadamente os recursos comunicativos que possuem, produzindo, seja mediante o recurso a espetacularização, seja por meio de um trabalho eficiente de relações públicas, fatos com conteúdo noticioso. (Costa, 1997).

A segunda abordagem é proposta por Habermas (1990, 1997, 2003), Arato e Cohen (1994). Para estes autores, a despeito de concordarem com o processo de espetacularização, a esfera pública vai além da mídia, sendo constituída nos espaços de comunicação interpessoal, nas redes informais de intercâmbio etc. Ainda segundo os autores, persiste, na esfera pública,

um leque diversificado de estruturas comunicativas e uma gama correspondente de processos sociais (de recepção e reelaboração das mensagens recebidas e de interpenetração entre os diferentes microcampos da esfera pública) cuja existência confere, precisamente, consistência, ressonância e sentido ao espetáculo, ancorando-o, novamente, no cotidiano dos atores. (Costa, 1997)

Assim, nesses espaços, as decisões e opiniões são construídas no diálogo dos sujeitos, e sua função não consiste em identificar apenas problemas que afetam a sociedade, mas sim tematizá-los de maneira convincente e persuasiva para que sejam assumidos e processados pelo sistema político. Constituem-se em um nível situado entre a esfera privada e o Estado. Nesse ponto, é possível inserir os conselhos como espaços públicos, *a priori*, por sua configuração e atribuições, por serem órgãos institucionais capacitados a determinar o interesse público, a partir de uma ação dialógica de seus membros.

Para tanto, utilizarei as seguintes categorias de análise desenvolvidas a partir dos conceitos de esfera pública trabalhados por Arendt (1999) e Habermas (1990, 2003):

Espaço Público Democrático: o lugar no qual se manifesta uma responsabilidade crucial de auto-organização da sociedade, que deve ser trabalhado pelo sistema político. Sua função consiste em perceber, identificar e discutir, de forma convincente e persuasiva, os problemas que afetam o conjunto da sociedade, além de apresentar contribuições e dramatizá-los de tal modo que sejam assumidos e processados pelo sistema político. Assim, duas condições são necessárias para sua conformação: autonomia em relação ao sistema político e liberdade ou espontaneidade dos processos de formação de opinião.

Publicidade das ações e discursos: as ações e discursos dos sujeitos que orientam as deliberações nos espaços públicos de representação são expressas com transferência e podem ser submetidas ao julgamento público, não somente os diretamente envolvidos, mas também aqueles implicados nas decisões políticas.

Representantes de interesses coletivos: os sujeitos que ocupam o CMS devem estar qualificados a partir de demandas coletivas que estes passam a confrontar e negociar, exercendo um papel de mediadores.

Cultura pública: o inverso da cultura de apropriação do público pelo privado, em que os sujeitos que ocupam os espaços de poder público se apropriam desse espaço de forma patrimonial e clientelista, reduzindo a relação de cidadania, entre Estado e cidadãos, a uma relação de troca de favores. Seria a superação dessa condição através do exercício da ocupação de espaços públicos de poder para fins e interesses públicos.

1.2.1 Espaço público / Esfera pública

A concepção de espaço público, aqui adotada, baseia-se na idéia de que sua construção é parte integrante do processo de democratização, pela via do fortalecimento do Estado, expresso fundamentalmente pela inscrição dos interesses das maiorias nos processos de decisão política. Inerente a tal movimento, encontra-se o desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais, que imprima níveis crescentes de publicização no âmbito da sociedade política, no sentido da criação de uma nova ordem democrática valorizadora da universalização dos direitos de cidadania, e espaço, por excelência do debate e do agir livre e coletivo.

A noção de espaço público, nos remete à Grécia Antiga, no período dominado pelas cidades-estados. Resultado da associação de proprietários privados de terra, que promoveram o fechamento gradual, de territórios agrícolas e cujos habitantes se estruturaram progressivamente como comunidades, excluindo os estrangeiros e defendendo coletivamente suas planícies cultivadas da agressão externa, as cidades-estados eram o resultado de uma relação dialética entre indivíduo e comunidade: “o indivíduo, proprietário autônomo de seus meios de subsistência e de riqueza, só existia e era possível no quadro de uma comunidade

concreta – que possuía, por assim dizer, de modo virtual o território agrícola”. (Guarinello, 2003, p. 33).

No interior dessas comunidades, os conflitos eram constantes e não podiam ser resolvidos no âmbito das relações de linhagem, nem pelo recurso a uma autoridade superior a todos. Logo, tinham que ser resolvidos comunitariamente por mecanismos públicos, abertos ao conjunto dos proprietários, num espaço de poder, de decisões coletivas. Daí a existência dos Conselhos de anciãos, ou simplesmente de cidadãos, assembleias, magistraturas e, posteriormente, tribunais, espaços de uma lei comum, que obrigavam a todos e que se impuseram como norma escrita, fixa, publicizada e coletiva - Espaços Públicos. (Guarinello, 2003).

Arendt (1999), analisando essa constituição de espaço público, salienta o quanto nos distanciamos do seu significado original. Para a autora, a vida política e a vida domiciliar, embora relacionadas, existiam como entidades independentes. A vida domiciliar, ou pertencente à esfera da vida privada, era caracterizada pelo espaço interior, a vida no lar e na família, em que cada um tinha que se sobrepor, por si mesmo, às necessidades da vida, às atividades relativas à própria sobrevivência. As coisas mais ocultas relacionadas ao nascimento e à morte, ou sejam, tudo que se relacionasse com as necessidades meramente biológicas da vida era mantido em segredo e longe dos olhos dos demais.

Assim, a entrada na esfera pública só era possível ao indivíduo que tivesse atendido às necessidades da própria existência, pois a posse de propriedades significava dominar as próprias necessidades vitais e o libertava, tendo em vista que a pobreza força o homem livre a agir como escravo. Nesse contexto, ser livre significava transcender a sua própria existência e ingressar no mundo comum a todos.

Por outro lado, pertencer somente à esfera do privado é ser privado da realidade que advém do fato de ser visto e ouvido por outros, privado da possibilidade de realizar algo mais permanente que a própria vida, “o homem privado não se dá a conhecer, e, portanto, é como se não existisse” (Arendt, 1999, p. 68). Essa afirmação nos revela que o ser político, o pertencer à esfera pública na cidade-estado, significava atingir a mais alta possibilidade da existência humana.

A vida política, por sua vez, ou a vida na esfera pública, é marcada por dois fenômenos intimamente correlatos, embora não idênticos. Em primeiro lugar, tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível; em segundo, o termo 'público' significa o próprio mundo, à medida que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. A esfera pública, enquanto mundo comum, reúne-nos na companhia uns dos outros e, contudo, evita que colidamos uns com os outros. (Arendt, 1999, p. 59-62).

Para a autora, a esfera pública é a esfera da liberdade, e sua relação com a esfera privada assenta-se no fato de que a vitória sobre as necessidades da vida em família constituía a condição natural para liberdade na esfera pública. Essa liberdade é, portanto, a liberdade pública de participação democrática, e esta exige um espaço próprio - o espaço público da palavra e da ação.

Este espaço é fundamental porque existem no mundo muitos e decisivos assuntos que requerem uma escolha que não pode encontrar o seu fundamento no campo da certeza. O debate público existe [...] para lidar com aquelas coisas de interesse coletivo que não são suscetíveis de serem regidos pelos rigores da cognição e que não se subordinam, por isso mesmo, ao despotismo do caminho de mão única de uma só verdade. (Lafer, 1979).

Habermas (2003) também propõe um novo olhar sobre a Esfera Pública, identificada com o surgimento da era moderna e com a vigência de um espaço livre para o exercício da crítica e da discussão. Avritzer (1999), sistematizando a obra daquele autor, propõe o entendimento de que, para o surgimento da esfera pública, duas condições são identificadas pelo autor como necessárias. Em primeiro lugar, a separação entre o privado e o íntimo: “Na esfera da intimidade da pequena família, as pessoas privadas consideram-se independentes também em relação à esfera privada de suas atividades econômicas - exatamente como pessoas que podem estabelecer relações ‘puramente humanas’”. (Habermas, 2003, p. 65).

Para Habermas (2003, p. 63), a valorização desta subjetividade como corte interior do privado, que se expressa no século XVIII na forma literária de correspondência epistolar, é, desde sempre, ligada ao público, e seria a primeira fonte do exercício da crítica, em particular, da crítica cultural. Em segundo lugar, ele nos coloca diante da singularidade da burguesia frente às outras classes dominantes ao longo da história, pois, à medida que a capacidade de dominação da burguesia está fundada na esfera privada, esta introduz na história um princípio

antiestatal de dominação (Avritzer, 1999, p. 178). Essa seria a segunda fonte do exercício da crítica, em particular da crítica política.

O princípio de controle que o público burguês contrapõe a essa dominação, ou seja, à esfera pública, quer mudar a dominação enquanto tal. A reivindicação de poder que se coloca na argumentação da esfera pública deveria levar a algo mais do que uma mera mudança na base de legitimação de uma dominação que, em princípio, é mantida. (Habermas, 2003, p. 43).

Essa esfera pública possui, de acordo com o autor, três características principais. Em primeiro lugar, é exercida uma espécie de sociabilidade que pressupõe algo como a *igualdade de status*, entre os indivíduos. A igualdade afirmativa do poder da boa argumentação contra a autoridade da hierarquia social é a igualdade do simples e ‘meramente humano’, em detrimento dos interesses econômicos particulares, da dominação de indivíduos para a concentração de poder, logo, consiste na idéia da igualdade de todos para o uso público da razão.

Em segundo lugar, a esfera pública habermasiana pressupõe a problematização de setores que até então não eram considerados questionáveis, promovendo a *ampliação do assim chamado ‘domínio público’*, rompendo com o monopólio da interpretação de autoridades eclesiásticas e governamentais.

E por último, em terceiro lugar, a esfera pública associa-se à idéia de um debate possível de ampliação dos temas, bem como dos participantes de um processo racional de discussão, envolvendo assim um *princípio de inclusão*.

Posteriormente, Habermas (1997) desenvolve o conceito de “espaço público” com um sentido distinto de “esfera pública”, enquanto o primeiro refere-se ao espaço da ação comunicativa, composto de associações, entidades autônomas, grupos de cidadãos, instituições livres, não-estatais, nem econômicas, pouco institucionalizadas, que não tem o papel de decisão, mas de formar opinião, de produzir visibilidade para exercer influência política. O segundo, a esfera pública, seria um sistema de captação, com sensores que ampliam a pressão dos problemas, não apenas os detectam e identificam, mas os tematizam, dramatizam de tal forma que são levados em conta pelo parlamento. É constituído por organizações, instituições, mídia, grupo de interesses, conselhos de representação

setorial e associações prestadoras de serviços, enfim, são estruturas mistas, nas quais se verifica a presença da sociedade civil, mas, de modo vinculado ao Estado.

Nesse estudo, os termos ‘espaço público’ e ‘esfera pública’ serão utilizados como sinônimos, por não considerá-los dicotomizados, e por acreditar que as duas instâncias devem estar articuladas, assim como na esfera pública também se produz visibilidade, no espaço público também se formulam propostas a serem apresentadas na instância da esfera pública.

1.2.2 Participação cidadã

A idéia de cidadãos participando da gestão da coisa pública é tão antiga quanto controversa. Na Grécia Antiga, os cidadãos livres participavam debatendo publicamente e votando sobre as decisões do governo. Assim também o foi com o conceito de participação, segundo o qual cada paradigma analítico da sociedade produziu sua interpretação acerca da participação.

Assim, encontra-se no paradigma liberal – cuja idéia central é a constituição de uma ordem social que assegure a liberdade individual, um conceito de participação “objetivando o fortalecimento da sociedade civil não para que esta participe da vida do Estado, mas, para fortalecê-la e evitar as ingerências do Estado, seu controle, tirania e interferência na vida dos indivíduos” (Gohn, 2001). Derivadas dessa concepção, estão a *participação corporativa* e a *participação comunitária*, que, embora distintas, concebem a participação como um movimento espontâneo do indivíduo, em que não se colocam as questões das diferenças de classe, raça, etnia etc.

Uma outra vertente seria a que ocorre em regimes políticos autoritários de massa de direita, ou de esquerda, no qual a atuação é orientada para a integração e o controle social da sociedade e da política. Nesse caso, a *participação é de natureza cooptativa*, e o *locus* da participação são as políticas públicas, quando estimulados de cima para baixo, com o claro objetivo de diluir os conflitos sociais.

Nos regimes democráticos, em que a soberania popular é o princípio regulador, participar é visto como um fenômeno que se desenvolve tanto na

sociedade civil, quanto no plano institucional, e as posições entre o sistema político e a sociedade civil são bem demarcadas. A forma *revolucionária* estrutura-se em coletivos organizados para lutar contra as relações de dominação e pela divisão do poder político. Há teóricos desta concepção que questionam e buscam substituir a *democracia representativa* pela *democracia participativa*. Na concepção *democrático-radical*, o objetivo é fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, sem injustiças, exclusão, desigualdades, discriminação etc. O pluralismo é a marca dessa concepção que busca ainda, a constituição de uma linguagem democrática não-excludente nos espaços participativos criados ou existentes, o acesso dos cidadãos a todo tipo de informação que lhe diga respeito e o estímulo à criação e desenvolvimento de meios democráticos de comunicação.

Entretanto, há alguns autores que se recusam a usar essas definições polarizadas e preferem utilizar tipologias que tratam de graus de participação. É o caso de Pateman (1992) que define três tipos de situações de participação: a pseudoparticipação: “quando é realizado apenas consulta à população” (Pateman, 1992, p. 95); a participação parcial, “[quando] muitos tomam parte no processo mas só uma pequena parcela decide de fato” (Pateman, 1992, p. 97); e a participação plena, “quando cada grupo de indivíduos tem igual influência na decisão final” (Pateman, 1992, p. 98). Arnstein (1969 apud Gohn 2001, p. 20) também estabelece graus à participação. O primeiro deles é a manipulação – quase sinônimo de não participação; e segue com outros três graus que ele denomina de graus práticos, a saber: a terapia, a informação e a consulta, que, por sua vez, referem-se a um poder comunitário e se desdobram em quatro tipos: conciliação, associação, poder delegado e controle comunitário propriamente dito.

No universo da política, Gohn (2001) situa Rousseau como o teórico da participação. Para esse filósofo, além de ser um modo de proteger os interesses privados e assegurar um bom governo, a participação possui uma função central – a educativa: educar o indivíduo para desenvolver uma ação responsável, individual, social e política, orientada pelo seu senso de justiça, visando ao bem comum. Ainda é possível identificar em Rousseau duas outras funções da participação: permitir que as decisões coletivas sejam aceitas mais facilmente pelo indivíduo; e fornecer a sensação de que cada cidadão isolado “pertence” a sua comunidade (integração).

Um outro teórico que se destaca no campo político, segundo Gohn (2001), é J. S. Mill, que, embora acredite que não caberia à multidão, e sim a uma minoria instruída, o poder de governar, assim como Rousseau, encara a função educativa da participação como eixo central, e acrescenta que é somente no nível local que a educação para a participação pode se tornar efetiva. Para Mill, “quando o indivíduo se ocupa somente de seus assuntos privados, e não participa das questões públicas, sua ‘auto-estima’ é afetada, assim como permanecem sem desenvolvimento suas capacidades para uma ação pública responsável”. (Mill, 1937 apud Pateman, 1992, p. 45).

Apesar das várias concepções, é somente num terreno concreto que se pode analisar o desenvolvimento de uma idéia e suas apropriações pelas mais diversas teorias. No Brasil, a questão da participação também remonta às origens da discussão democrática, contudo, é somente a partir da década de 50 - assim como no resto da América Latina, com a “proposta de ‘desenvolvimento da comunidade’, criada por instituições americanas envolvidas com a política de ajuda e sedução a países subdesenvolvidos no contexto de guerra fria (Carvalho, 1995, p. 16) - que se desenvolvem propostas de participação, embora “pensada como incorporação dos indivíduos em ações previamente elaboradas pelas autoridades ou grupos de missionários que desenvolviam programas assistenciais nas comunidades”. (Gohn, 2001, p. 50).

A participação em que o indivíduo é levado em conta nos processos de gestão só irá aparecer na década de 1980, a partir da então denominada *participação popular*, em propostas dos movimentos populares, juntamente com as Comunidades Eclesiais de Base (CEB). Nessa proposta, “o povo, os excluídos do círculo do poder dominante, eram os agentes e os atores básicos; e a categoria central era a das classes populares” (Gohn, 2001). Foi no período de lutas pela redemocratização da sociedade, pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais e políticos dos setores populares, como por exemplo, pelo direito de eleger representantes para cargos públicos e de se manifestar, e de se organizar livremente, enfim - no final da década de 1970 - quando o clamor à participação era geral - que esta foi vista como condição *sine qua non* para a democratização do Estado e de seus aparelhos. Foi quando se começou a perceber que a participação exigia mais do que demanda, envolvia a criação de canais e a discussão sobre como

e quais seriam esses canais. Dessa forma, delineou-se uma nova concepção a respeito dos conselhos.

Quando se reivindica participação popular está se reivindicando a participação do povo nas decisões do poder político. Participação não para discutir o planejamento com técnicos, mas para beneficiar-se do planejamento programado em razão de sua força no contexto do poder. (Gohn, 2001, p. 54).

Assim, a participação tomou rumos diversos, em meio à conjuntura política da década de 1980. Para aqueles que optaram por lutar dentro do Estado pela busca da redemocratização, a questão dos conselhos tornou-se central, e o debate passou a girar em torno do caráter que estes deveriam ter: consultivo ou normativo/representativo, dando origem ao que chamou-se Participação Comunitária. Por outro lado, para aqueles que optaram lutar “de costas para o Estado”, a participação se fundava nos princípios da participação direta, e deveria funcionar como meio para pressionar o Estado a atender suas reivindicações, este passa a ser visto como inimigo fundamental. Essa segunda corrente ficou conhecida como Participação Popular. As duas formas coexistiram e provocaram divergências durante os anos 80, entretanto, a que defendia a ocupação de espaços institucionais para que se fizessem ouvir outras vozes, além da dos que estavam no poder, para que se democratizasse a sociedade, incluindo suas diferenças, foi a corrente predominante em sua busca pela institucionalização dos canais de participação.

É somente no final dos anos 80 e início da década de 1990 que a conjuntura política sofre mudanças significativas, e parcelas da oposição política às elites tradicionais brasileiras ascendem ao poder em várias cidades e no governo de alguns estados, trazendo junto consigo novas concepções de participação.

Pautados no aprofundamento da democracia: em ações coletivas baseadas na categoria da cidadania, e na construção de novos espaços de participação, lastreados não em estruturas físicas, mas em relações sociais novas que se colocam entre o público e o privado, originando o público não-estatal. (Gohn, 2001, p. 56).

Nesse contexto, *participação comunitária* e *participação popular* cedem lugar a duas novas denominações, a saber, *participação cidadã* e *participação social*.

A participação cidadã contempla, em seu interior, a complexidade das novas relações sociais, que não se baseiam somente em identidades como nas lutas de classe, ou grupos excluídos, mas sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal (Carvalho, 1995). Utiliza-se de mecanismos institucionais, estando assentada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania, e em uma nova compreensão sobre o papel e caráter do Estado. Remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas, a partir de um debate público, sua principal expressão são os conselhos gestores.

A participação social, por outro lado, constrói-se como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado, e assenta-se sobre conceitos como mobilização, pertença, solidariedade e trabalho voluntário, levando ao surgimento de Organizações Não-Governamentais – ONG, que passam a desempenhar funções antes desempenhadas pelas estruturas estatais, configurando novos espaços na parceria entre o público e o privado comunitário, dando origem ao público não-estatal.

O conceito de participação cidadã será o referencial desta pesquisa que ora se propõe a investigar a atuação de uma de suas formas de expressão, a saber, o Conselho Municipal de Saúde.

1.3 A Opção Metodológica

1.3.1 Hermenêutica-Dialética

Na busca por um caminho que permita incorporar à discussão da saúde enquanto direito social, a constituição das coletividades sociais e a implicação das circunstâncias coletivas historicamente herdadas no curso e no resultado da ação humana, adotei os pressupostos da hermenêutica-dialética, buscando uma perspectiva ao mesmo tempo compreensiva e crítica da realidade social,

reconhecendo que o sujeito e objeto do conhecimento são constituídos reciprocamente, e que a busca pela compreensão de ambos é sempre medida pela linguagem, que, por sua vez, não consegue expressar tudo que vai na alma, daí a incompletude do movimento interpretativo, que necessita buscar no contexto que precede o texto caminhos para entender o que foi falado.

A hermenêutica, tendo a compreensão como categoria fundante, oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos. De acordo com Minayo (2002, p. 98) estas podem ser resumidas como: a busca constante pelo contexto de um texto, por acreditar que o discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, cultura e pela conjuntura; uma postura de respeito pelos documentos analisados; a busca pelo sentido que quis expressar quem emitiu aquele documento; e a clareza, visto que, na interpretação, nunca há última palavra, o sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto em várias direções.

Os pressupostos trabalhados pela autora baseiam-se: na busca pelas diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e contexto do investigador; na exploração da definição de situação do autor, pois o mundo da cotidianidade em que se produz o discurso é o parâmetro da análise e é o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva, por isso é o mundo objetivo; no perguntar 'por' e 'sob' que condições o sujeito da linguagem, que busca entender, cria determinadas situações, valoriza determinadas coisas, atribui determinadas responsabilidades a certos atores sociais, em síntese, expressa-se e se posiciona de tal maneira, e não de outra; na busca para entender as coisas e os textos 'neles mesmos', distinguindo o processo hermenêutico do saber técnico, da lingüística, da fenomenologia e do objetivismo positivista; e no apoio à reflexão sobre o contexto histórico, vendo o investigador e o sujeito como momentos expressivos de seu tempo e de seu espaço cultural.

A dialética, baseada nas contribuições de Hegel e do marxismo, apresenta os seguintes princípios: cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se; os processos se encadeiam, mas não se repetem, ocorrem em espiral; cada coisa traz em si sua contradição, sendo, ao mesmo tempo, ela própria e seu contrário; a quantidade se transforma em qualidade. Assim, a dialética considera a

comunicação como um resultado de relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias (Minayo, 2002, p. 95).

Já uma análise hermenêutico-dialética buscaria, a partir dos conflitos e contradições, a compreensão das práticas sociais dos indivíduos. Logo, a hermenêutica e a dialética seriam momentos necessários, o primeiro como pressuposto do segundo, na produção de racionalidades em relação aos processos sociais.

É nessa direção que pretendo estabelecer relações entre a construção teórica e o tratamento das informações, num confronto entre o material empírico e o referencial teórico que busca explicar uma realidade. Para tanto, a análise dos dados será realizada a partir do método desenvolvido por Assis (1998), a partir do caminho iniciado por Minayo (1996; 2002) expressos em Stein (1987), Habermas (1987) e Gadamer (1999).

Também foi utilizada na pesquisa a técnica de Análise de Discurso proposta por Orlandi (2001a; 2001b), através da qual buscou-se interpretar, na circunstância da enunciação, no contexto sócio-histórico e na memória discursiva, o *dito*, o *não dito* e o *silenciado* dos discursos que possam esclarecer os entraves e as possibilidades da participação na gestão da política de saúde do município de Icó.

Com essa técnica, coadunou-se com a autora em seu pensamento de que não é verdade que um discurso possa se desenvolver em qualquer direção, pois há uma necessidade que rege um texto e esta vem da relação com a exterioridade, assumindo, assim, a historicidade do discurso.

1.4 Caminhos da Pesquisa

➤ Campo de Pesquisa

A pesquisa será realizada no município de Icó-Ceará. Conforme já descrito anteriormente, os critérios de escolha estão relacionados à facilidade para obtenção das informações necessárias para o estudo, devido à disponibilidade dos

atores locais em contribuir para a pesquisa, fato já comprovado durante a realização da pesquisa de monografia, à condição do município, que, segundo (Brasil, 1997), foi um dos pioneiros da municipalização, já em 1989, com a conseqüente criação do Plano Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, além da implantação dos Conselhos Locais, com o objetivo de fortalecer a participação comunitária no setor, e por fim, à viabilidade econômica para a pesquisadora por residir no município.

O município fica localizado na porção centro-sul do Ceará e possui uma população de aproximadamente 62.521 habitantes, segundo o último censo do IBGE. É sede da 17ª Célula Regional de Saúde do Estado e um dos municípios mais antigos do Estado. Foi a 3ª vila do Ceará, depois de Aquiraz e Fortaleza, criada pela Carta Régia de D. João VI, de 17 de outubro de 1735 (Studart, 2001), que definiu seu projeto arquitetônico, ainda visto nas ruas largas, onde se erguem faustosas residências, como os sobrados de azulejo português, e os templos com fachadas barrocas ornamentais. Seu desenvolvimento é atribuído à sua localização estratégica, como ponto de intercruzamento de várias “estradas de boi”, durante o ciclo da pecuária e depois com o “ouro branco”, nome dado ao algodão pelo nordestino. Abrigou uma nobreza composta por Barões e Viscondes, que conquistavam tais títulos através do poder econômico e político, cujos negócios se estendiam pelos vastos sertões. Foi considerada, em meados do século XIX, a vila mais mercantil e populosa do Ceará (Lima e Sousa, 1996, p. 24). Apesar do esplendor, a cidade decaiu do ponto de vista populacional e econômico, após a peste de cólera e a seca do final do século XIX, e ainda ficou às margens do “progresso” e do “desenvolvimento” “trazidos pela estrada de ferro, [o que] a levou a período de estagnação econômica que chega aos dias atuais”. Uma característica que Carvalho (2003, p. 19) aponta como inerente à colonização via pecuária é, claramente, percebida em Icó, “o grande isolamento da população em relação ao mundo da administração e da política, onde o poder privado exercia um poder incontestante”.

O município de Icó, mesmo se considerado em sua especificidade, é parte da realidade nacional e seus serviços públicos operam dentro da lógica neoliberal adotada pelo Estado na última década, sujeita ao que Martins (1999, p. 38) coloca como cultura da apropriação do público pelo privado, em que os direitos de

cidadania passam a ser vistos como proteção e favorecimento dos desvalidos, portanto, como favores do governante. Segundo Chauí (1994, p. 28), isso se deve à ausência de instituições democráticas, podadas pela estrutura autoritária da sociedade, que encontra, na base material, o instrumento para tal, a partir da polarização da sociedade entre a carência absoluta e o privilégio absoluto, bloqueando a emergência de uma sociedade democrática, deixando, como opção política, o populismo.

Nas duas últimas décadas, seguindo a política do governo do Estado (Bruno et al, 2002, p. 128), o município vem retraindo seus investimentos na agropecuária e redirecionando sua atenção para o turismo, o que tem causado uma migração intensa do campo para a cidade, ocasionando um inchaço na periferia, formando um verdadeiro cinturão de pobreza, em que se tornam mais agudas as iniquidades sociais.

O Conselho Municipal de Saúde de Icó, como parte integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Município, está localizado na 17ª microrregião de Saúde, compõe o conjunto dos 172 conselhos municipais de saúde, dentre os 184 municípios do Ceará. (Brasil, 1997).

➤ **Atores Sociais**

O estudo analisa a construção de espaços públicos democráticos, a partir da ação do Conselho Municipal de Saúde de Icó, especificamente, a partir das conexões estabelecidas pelos conselheiros de saúde, portanto, serão entrevistados todos os conselheiros, num total de 14 sujeitos, sendo sete usuários e sete profissionais, estes últimos divididos em governo e prestadores de serviço.

➤ **Mecanismos e Estratégias de Coleta das Informações.**

Para a obtenção dos dados, foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, entrevistas e observações com registro em diário de campo. Na

pesquisa documental, foram analisados documentos relativos à criação do CMS como atas de fundação e leis que regulamentam o CMS-Icó. As entrevistas foram realizadas em dois momentos: no primeiro, uma entrevista estruturada com registros em formulários foi aplicada a todos² os conselheiros; em seguida, foi realizada uma entrevista com questões norteadoras com o objetivo de aprofundar a discussão em torno de pontos que não ficaram claros no primeiro momento, seguindo o critério de saturação das falas. A observação das reuniões do CMS foi realizada de forma livre, com registro de pontos significativos para esclarecimento dos objetivos propostos, em diário de campo.

A coleta de informações teve início em janeiro de 2004, quando entabulei o primeiro contato com a Secretária Municipal de Saúde, procurando levantar informações pertinentes que dizem respeito à caracterização do Conselho Municipal de Saúde, por meio de documentos como pareceres, decretos, leis de regulamentação, regimento interno, plano municipal de saúde, relatório de gestão, relatórios das Conferências Municipais de Saúde, livro de atas, inclusive aqueles referentes à última eleição para o Conselho Municipal de Saúde. E ainda informações de identificação dos conselheiros e o calendário de reuniões do CMS. Nessa etapa, só foi possível obter dados referentes à identificação dos conselheiros, datas de reuniões e cópias das leis de regulamentação. Quanto aos planos municipais de saúde, relatório de gestão, relatórios de Conferências Municipais, fui informada que dificilmente seriam encontrados. O regimento interno está desaparecido há mais de 4 anos, e o livro de atas ficou de ser entregue durante as observações nas reuniões do CMS. Informaram-me também que pareceres, decretos ou quaisquer outros documentos emitidos pelo Conselho não existiam.

O contato com as pessoas-chave dentro da Secretaria Municipal de Saúde foi realizado com as devidas explicações sobre os objetivos da pesquisa, e na maioria dos casos, estas solicitaram um tempo para a preparação das informações, por conta da não existência de uma secretaria executiva no CMS, como foi o caso do livro de atas, que após 9 meses de contatos quinzenais com a Secretaria Municipal, ainda não foi disponibilizado sob a justificativa de ter “desaparecido”.

² Com exceção daqueles que já não se encontram no município, e daqueles que optaram por não participar da pesquisa “com medo de se prejudicar”.

Um segundo momento constituiu-se na coleta de informações realizadas nas observações às reuniões do CMS. O período reservado à observação foi de janeiro a setembro de 2004, de acordo com o calendário da Secretaria de Saúde, cujas reuniões ordinárias aconteceriam a cada mês, sempre na última quarta-feira. Entretanto, no decorrer destes 9 meses, aconteceu somente 1 reunião no mês de abril, cujo objetivo maior foi informar aos conselheiros de saúde a mudança de Secretário.

Outro momento, de julho a setembro de 2004, foi reservado à realização das entrevistas, de início, com todos os conselheiros que foi possível localizar, visto que houve conselheiros que se mudaram do município e, apesar de não comparecerem às reuniões, não foram substituídos pelas suas instituições. Houve ainda aqueles que se recusaram a participar da pesquisa. Salvo essas exceções, a entrevista estruturada, com registro em formulários, foi aplicada a todos os conselheiros.

A última etapa ocorreu em outubro de 2004, com o objetivo de complementar e aprofundar algumas discussões, quando realizei entrevistas com questões norteadoras e em profundidade, frisando temas que não ficaram claros durante outras etapas, e percorri novamente alguns setores em busca de documentos como o livro de atas.

Finalmente, em novembro de 2004, foi possível iniciar a análise final das informações, e elaboração do relatório de pesquisa.

➤ **Questões Éticas**

O protocolo de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e aprovado em 27 de janeiro de 2004 (Anexo VI), por estar em conformidade com a resolução 196/96 de CNS. As estratégias de coleta e análise de dados buscaram assegurar a liberdade dos sujeitos de participar ou não da pesquisa, o direito à confidencialidade e privacidade, e o direito à informação assegurados, dentre outros modos, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV), de modo a garantir a proteção à imagem e à auto-estima.

➤ Tratamento das Informações

O caminho que ora apresento, enquanto proposta para análise deste trabalho, é baseado em Assis (1998 a e b), conforme foi citado anteriormente, e possui sua base nos confrontos que estabelece entre os diferentes níveis de análise em duas dimensões: a) confronto entre as falas dos diferentes sujeitos sociais e sua inserção nas políticas de saúde em geral; b) confronto entre as falas e os documentos com a conjuntura sócio-econômica e política.

Percorrendo os seguintes passos:

1º Passo. Ordenação dos dados e informações:

- ✓ Transcrição fiel do conjunto das entrevistas gravadas;
- ✓ Releitura do material transcrito;
- ✓ Organização dos dados em três conjuntos: o que contemplava as falas dos sujeitos entrevistados; aquele a que pertenciam as análises das observações e o que continha os dados obtidos na análise documental que foram ordenados. Numa tentativa de estabelecer uma primeira classificação.

2º Passo. Classificação das informações:

As informações serão organizadas com base em aspectos formulados nos objetivos e questões teóricas que norteiam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos, estabelecendo os núcleos de sentido. Num segundo momento, apesar dos aspectos de análise pré-selecionados, procura-se apreender as “estruturas de relevância” da fala desses sujeitos e, com base nesses princípios, estabelece-se o *corpus* de comunicações que será estruturado a partir dos aspectos de análise percebidos nos diferentes discursos analisados.

Em seguida, uma leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturados a partir de núcleos de sentido, permite refinar o movimento classificatório, permitindo a eleição das categorias empíricas e a triangulação dos dados.

Assim, as informações contidas no questionário foram organizadas em quadros e gráficos, de modo a possibilitar uma compreensão inicial. Quanto às entrevistas, foram trabalhadas em quadros um para cada grupo de representantes, governo e usuários, a partir dos seguintes aspectos de análise: Controle social, Dimensão educativa, A tomada de decisão no CMS, a função do Conselheiro e do Conselho, a relação conselheiro entidade e os fatores intervenientes; donde se revelaram os fragmentos de falas dos entrevistados referentes a cada aspecto. No final de cada entrevista e de cada aspecto, foi feita uma síntese. Logo após foi estruturado o confronto entre os grupos 1 e 2, e extraída a síntese geral da qual começaram a delinear-se as categorias empíricas. Finalmente realizei o confronto entre a síntese dos grupos, dos documentos e das observações, da qual foi possível extrair as seguintes categorias de análise: Conselho Municipal de Saúde: um espaço para expressão das necessidades de quem?; Cena pública ou encenação pública: a prática de publicização da Agenda de Saúde; Um espaço para constituição de sujeitos/assujeitados?; e, por último, essas categorias foram relacionadas com o referencial teórico e outras experiências concretas sobre o problema estudado. Em seguida, foi realizado o mesmo procedimento com os documentos e com os registros de observação.

3º Passo. Fase final da análise:

Ênfase no encontro da especificidade do objeto e a complementação das proposições referidas nos documentos, o que pode revelar a totalidade das relações sociais e de suas descobertas particulares, por meio da descrição e análise interpretativa.

2º CAPÍTULO

- O Cenário -

Outro sentido de 'público' é o que se opõe a 'palco'. Aqui seu sinônimo é platéia – a soma dos que assistem a uma representação, tendendo à passividade, podendo manifestar-se apenas pelo aplauso ou vaia, [...], mas sem ter meios de reverter a radical e constitutiva desigualdade a separá-lo dos atores. No sentido teatral, o público vale menos que o palco.

Ribeiro, 1994, p. 32

2. O CENÁRIO

Como ponto de partida, aponto o cenário mais geral desta investigação, na tentativa de traçar uma configuração inicial que permita compreender como a inserção desse cenário, numa perspectiva e contexto mais abrangente, não implica a perda ou descaracterização de sua singularidade, acentuada pela direção política e pela tendência histórica.

O município de Icó está localizado no interior do Ceará, na microrregião do centro-sul, na zona do Sertão Salgado, no Alto Jaguaribe.



*Fonte: IBGE (2005)

Possui uma área de 1.967 km² e dista 374 km da capital, Fortaleza. Limita-se com os municípios de Orós, Jaguaribe, Pereiro, Umari, Cedro e Iguatu, e ainda com os estados do Rio Grande do Norte e Paraíba.

O principal problema do município, ao longo dos séculos de sua história, é a ineficiência e a corrupção que marca a atuação do poder público municipal, no qual as velhas oligarquias se revezam, durante décadas, no controle da política local, tornando o município mais um caso exemplar da estrutura coronelista de poder.

2.1 Um Pouco de História

Sua história possui estreita relação com a sua localização estratégica. Situado à margem dos rios, foi fundamental durante o processo de colonização do interior do Ceará, que ocorreu sob o signo da expansão pecuária. O boi tinha a função de fornecer carne, força de tração e transporte para a região açucareira. Com o passar do tempo, o aumento do número de reses, e a necessidade de maior área para o cultivo de cana, o gado passou a ser conduzido para o interior do Nordeste. Em 1701, D. Pedro II, de Portugal, expediu uma carta que proibia a criação de gado a menos de 10 léguas da costa, a fim de que se respeitassem as terras litorâneas para o plantio da cana-de-açúcar, oficializando a política de interiorização da pecuária. A penetração e ocupação do sertão nordestino pelos rebanhos seguiam o caminho dos rios, e formaram duas rotas de povoamento, a do *Sertão de Fora*, saindo do Pernambuco com destino ao Maranhão, e a do *Sertão de Dentro*, saindo da Bahia, abrangendo o médio São Francisco, chegando ao Rio Parnaíba no Piauí.

O povoado de Nossa Senhora do Ó, que mais tarde seria chamado Icó, nome da tribo tapuia da nação Cariri – Icó, que habitava a região quando da chegada dos colonizadores, possuía uma localização estratégica, pois estava situado no encontro entre as duas correntes de povoamento, tornando-se parada obrigatória para vaqueiros que tangiam as boiadas vindas de todo o sertão com destino ao porto de Aracati, de onde iriam abastecer todo o reino.

Rapidamente, o povoado prosperou e, em 17 de outubro de 1735, D. João V, rei de Portugal, emite a ordem régia para a criação da vila do Icó, a terceira do Ceará, que veio a ser considerada, por volta de 1863, como a vila mais mercantil e populosa do Ceará (Stuart Filho, 1996, p. 162), vindo a receber a alcunha de 'Princesa dos Sertões'.

Ainda no século XIX, já como entreposto comercial e grande centro cultural e político do interior, onde estavam assentados grandes fazendeiros e uma elite de comerciantes lusos que mercadejavam desde o litoral até os confins dos sertões, Icó recebeu a visita e posterior observação do botânico e escritor inglês George Gardner.

Via-se o Icó, com suas ruas apinhadas de gente, Casa da Câmara com sessões agitadíssimas, tropas de primeira linha aquartelados com comando próprio, Confrarias Religiosas em grande movimento, tudo isso dava à cidade, um aspecto interessante e movimento de pequena capital" (Gardner apud Lima, 1995, p. 38)

O luxo e a riqueza de uma elite composta de Viscondes e Barões eram encontrados nas mobílias vindas da Europa, e eternizados na arquitetura, com ruas largas, templos de fachadas barrocas, ornamentais e faustosas residências, como os casarões e sobrados de azulejo português, vistos, ainda hoje, pelos visitantes como lembranças de um passado de glória. Entretanto, todo esse esplendor e prosperidade decaíram com a chegada da epidemia de cólera, na segunda metade do século XIX, seguida da grande seca de 1877 a 1879, tornando a vila, em menos de meio século, um povoado estagnado, decadente do ponto de vista econômico, populacional e cultural.

Durante a epidemia que atingiu a cidade de 1862 a 1864, aproximadamente um terço da vila pereceu. Em 1864, no auge da epidemia, chegavam a morrer 50 pessoas por dia. O medo e a morte levaram grande parte dos comerciantes do lugar. O quadro agravou-se mais com a chegada da seca nos anos seguintes, que dizimou boa parte dos rebanhos, destruindo a base da economia local, comércio e pecuária. Somou-se a isso a construção de uma "nova rota do progresso", a estrada de ferro, que escoaria toda a produção do interior para a capital, e que a elite icoense não recebeu de bom grado e acabou por desviar o ramal para Iguatu em 1910, desviando uma oportunidade de reencontrar a

prosperidade econômica. Aos poucos, Icó foi se tornando uma cidade morta, devido ao isolamento por falta de estradas, e demorou algumas décadas até que a cidade, emancipada politicamente em 1842, voltasse a figurar como centro político-cultural-econômico regional.

Nas duas últimas décadas, seguindo a política do governo do Estado (Bruno et al, 2002, p. 128), o município vem retraindo seus investimentos na agropecuária e redirecionando sua atenção para o turismo, o que tem causado uma migração intensa do campo para a cidade, ocasionando um inchaço na periferia, formando um verdadeiro cinturão de pobreza, onde se tornam mais agudas as iniquidades sociais.

2.2 O Quadro Político

O estado do Ceará tem, tradicionalmente, um sistema político marcado pela criação de uma rede de relações de patronagem e clientelismo, propiciada pela dependência vertical entre indivíduos que possuem uma alta disparidade de *status* e poder.

O quadro político icoense é de tradição conservadora. Desde os tempos do regime militar, os prefeitos, e a maioria da Câmara Municipal, sempre pertenceram a partidos de direita. A ARENA e depois dela o PSDB, são as siglas que, historicamente, vem ocupando o executivo e legislativo municipal. Ironicamente, em 1988, as eleições municipais de Icó consagram como prefeito do município um candidato que não pertencia ao grupo oligárquico tradicional, composto, em sua maioria, pelos ricos comerciantes e profissionais liberais, o grupo dos doutores. O novo prefeito eleito era um morador da zona rural do município e foi rapidamente apelidado pelos seus adversários de matuto e analfabeto. Essa situação levou a uma polarização entre dois grupos políticos que permanece nos dias atuais, o grupo dos doutores e o grupo dos matutos. O irônico é que, em 1988, o Brasil respirava os ares de democracia, da inovação política, enquanto, em Icó, o candidato vencedor das eleições era desenhado por seus opositores como um Coronel, representante das forças do atraso.

Boatos à parte, o fato é que, partindo-se da premissa básica do coronelismo - o compromisso entre elites locais, estaduais e nacionais -, os dois grupos são praticantes fiéis da santa religião do coronelismo, embora rezem por cartilhas distintas, os doutores, pelo catecismo do PSDB, e os matutos, pelo catecismo do PMDB. Ambos são beneficiados por um sistema político que, nos dizeres de Leal (1978), alimenta-se de fraquezas: a fraqueza dos eleitores, manifesta na dependência que têm do coronel local; a fraqueza do coronel local, manifesta na aceitação da subordinação administrativa do município em relação ao governo estadual; e, principalmente, na fraqueza do Estado, manifesta na apropriação, pelo coronel, do espaço, do dinheiro, dos bens públicos, a tal ponto que o coronel passa a ser confundido com o poder que ele deveria representar. Essa situação foi descrita na fala dos conselheiros:

Conheci Icó no tempo de Dr. Nilton, era uma ditadura como é hoje, hoje é um negócio incrível, estavam dizendo que foram lá na Rua da Palha ontem à noite e diziam que conversavam com as pessoas e diziam: '[se] vocês que receberam as casas (PROURB) num votar na gente, nós tomamos a casa'. E eles falam mesmo porque isso é cultural, entende, e a pessoa aceita. Se eles me deram a casa, eu tenho o direito de votar neles, como se a casa fosse deles, um favor (pausa) coisa difícil.

(Conselheiro-Usuário 11)

[...] tem que obedecer é aquilo, a escravidão terminou oficial, mas na prática não, é o poder que manda, e é o poder político, nem é outro poder não, isso aqui (refere-se a uma obra pública) quem manda é os políticos, se o prefeito quiser, ele tira e bota pra outro canto.

(Conselheiro-Usuário 2)

Isso é visível também na utilização, pelo cacique do PSDB local, de um hospital privado-filantrópico, financiado durante a expansão do modelo médico-assistencial privatista com recursos públicos e mantido pelo convênio com o SUS, como moeda de troca eleitoreira, cujos serviços são trocados pelos votos da população e tidos como uma caridade, a qual se deve pagar com algo que custa quase nada – o voto.

Desde 1988, 17 anos se passaram, à gestão de peemedebista Oriel Nunes, seguiu-se uma do peessedebista Quilon Peixoto e uma eleição e reeleição de Neto Nunes do PTB em coligação com o PMDB. Este último, assim como seu pai Oriel, é uma figura carismática que conseguiu reunir um grande capital social em torno do seu mandato, entretanto, a despeito de todas as expectativas, desperdiçou-

o, ao exercer um mandato marcado por perseguições políticas, pelo desrespeito à coisa pública, pelo centralismo administrativo e pelo personalismo.

Salvo algumas limitações teóricas, talvez se pudesse afirmar que sua eleição e reeleição foi, na verdade, um rompante populista, tendo em vista o personalismo de sua administração e a grande identificação da população mais pobre do município com ele, por o considerarem um deles, um “matuto”, um “semi-analfabeto”, um “homem do povo”. Entretanto, para classificá-lo como populista seria necessário esclarecer o que não foi populismo na história icoense e, na incerteza de não conseguir delinear as bordas desse processo, prefiro deixá-lo como está, borrado, propositadamente, para que cada um enxergue de acordo com seu capricho, sua ilusão ou sua miopia. Entretanto, convém lembrar aqui as palavras de Chauí (1981, p. 61)

Em qualquer de suas modalidades, paternalista ou justiceiro, o populismo é uma política de manipulação das massas, às quais são imputadas passividade, imaturidade, desorganização e, conseqüentemente, um misto de inocência e de violência que justificam a necessidade de educá-los para que subam corretamente ao palco da história.

É fato que muita coisa mudou desde que Leal (1978) descreveu esse sistema, a restauração do federalismo, no final dos anos 80, parece ser uma dessas mudanças. Entretanto, observando a realidade atual, penso que as coisas mudaram para continuar iguais, pois a descentralização das políticas sociais no final dos anos 90, ocorridas num contexto de forte centralização de recursos e conseqüentemente, do poder decisório, parece ratificar o sistema descrito por Leal (1978).

Nesse sistema, é abolido a identificação dos políticos com idéias ou até mesmo partidos. O interessante é ser da situação, pois só assim o município irá obter os projetos necessários e o político conseguirá manter o seu prestígio junto aos eleitores. Essa situação é visível em Icó, onde o prefeito, embora pertença a uma coligação do PMDB, que lançou candidato próprio nas últimas eleições para o governo do estado, “optou” por apoiar o candidato do então governador Tasso Jereissati, Lúcio Alcântara.

Devo salientar que o resultado dessa relação de clientelismo político, verifica-se desde a dependência de homens e mulheres da classe trabalhadora em

relação ao líder político local, condição *sine qua non* para a obtenção do acesso aos seus direitos de cidadania, que, dessa forma, passam a ser vistos como favores/privilégio; até a dependência de grupos políticos locais em relação aos grupos estaduais e destes para com os nacionais. Isso ocasiona arranjos políticos esquizofrênicos, em que os políticos de determinada facção apóiam seus tradicionais adversários, desde que estes estejam em condições de lhes oferecer vantagens junto ao poder, mesmo que isso signifique o esvaziamento de suas posições ideológicas.

Neste momento, o panorama político icoense sofre alternância de pessoas no poder, embora isso não signifique mudanças na posição ideológica dominante, visto que assumiu um candidato da velha oligarquia peessedebista, o Dr. Cardoso Mota. Sua chegada ao poder local, nas eleições de 2004, ocorreu sob forte emoção popular e nenhuma perturbação na ordem política vigente. Ao contrário, ela só ratifica a hegemonia do grupo do PSDB no estado do Ceará. Assim, o cenário atual não nos deixa otimistas e não nos permite delinear novos quadros para a atuação do poder político local que permitam a integração dos interesses de grupos historicamente excluídos do acesso ao poder e ao sistema de proteção social.

2.3 Organizações e Movimentos Sociais

As Organizações e Movimentos Sociais de Icó, demonstram pequeno poder de pressão política, encontram-se fragmentadas e estão, em sua maioria, cooptados pela administração.

Uma organização característica do município é a das 125 associações comunitárias da zona rural. A origem dessas associações está ligada a incentivos do governo, através de órgãos como a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural – EMATER, e de Programas como o “São José” de apoio ao pequeno produtor rural, que relaciona a aquisição de benefícios para as comunidades rurais - como instalação de luz elétrica, construção de poços para abastecimentos de vilas, aquisição de trator, dentre outros; à existência de um projeto comunitário apresentado por uma associação. Em maio de 1997, em Iço, foi criada uma

Federação das Associações Comunitárias do Município de Icó – FAMICÓ, que acompanha os trabalhadores e auxilia no encaminhamento dos projetos. Entretanto, devido à estreita relação entre a Federação e o poder público municipal, muitas associações optam por não se filiarem, o que descredencia a legitimidade da representação e esvazia o sentido da própria existência da Federação, fragmentando as associações que passam a encaminhar seus projetos através do líder político local, fortalecendo os laços de dependência e de clientelismo, reafirmando a política da troca de favores.

Existem ainda as associações de moradores urbanos, cuja maioria é dos bairros da periferia, que têm como pauta principal a luta por saneamento, calçamento das ruas, e serviços ofertados por postos de saúde e escolas. Essas associações, quase sempre criadas com autonomia política, têm suas lideranças cooptadas pelo executivo municipal, o que esfria o interesse dos demais pela participação e acaba por esvaziá-las, tornando-as figurativas, chegando ao ponto de não conseguir reunir a população para as reuniões, ao que a diretoria responde, fazendo atas e saindo de casa em casa recolhendo assinaturas para validar decisões. Essa prática também é comum nas associações rurais.

Em Icó, há duas organizações ligadas ao esporte, uma vinculada ao grupo político da situação e outra ao de oposição. Ambas promovem atividades como campeonatos desportivos, programas de rádio e incentivo à formação de times de futebol.

Apesar da beleza do Patrimônio Histórico, há somente duas organizações ligadas à cultura e ao resgate da memória histórica no município, ambas são recentes e incentivadas pelo Projeto Monumenta, do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAN.

Os trabalhadores rurais também se organizam no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Icó, criado no dia 29 de abril de 1972, conta atualmente com 10.000 associados. É ligado à Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado do Ceará – FETRAECE, e à Confederação dos Trabalhadores da Agricultura CONTAG. As ações do Sindicato gravitam em torno da concessão de benefícios do INSS aos trabalhadores rurais e em torno de empréstimos agrícolas. O Sindicato a despeito de toda uma conjuntura favorável à politização dos seus membros, devido ao grande número de associados e a independência financeira, dentre outros,

mostra uma atuação política fraca na defesa dos interesses dos trabalhadores. Outra característica do Sindicato tem sido a permanência da mesma diretoria em várias gestões.

Outros sindicatos presentes no município, são o Sindicato dos Professores Municipais de Icó – SINDIPREMI, e uma sessão do Sindicato dos Servidores Federais SINTSEF, que, apesar da pauta de reivindicações corporativista, têm sido exemplo de luta na defesa dos seus direitos, para toda a comunidade icoense.

As organizações religiosas não se restringem à Igreja Católica, há a ASDRA ligada à Igreja Adventista do 7º Dia, e, na igreja católica, as Pastorais, a saber, Pastoral Jovem no Meio Popular – PJMP, Comissão Pastoral da Terra – CPT, Pastoral da Criança, e outros grupos como Encontro de Casais com Cristo – ECC, a irmandade do Sagrado Coração de Jesus e as CEBI. A atuação desses grupos é intensa e variada, vai desde ações mais políticas como a da CPT a trabalhos puramente assistencialistas como o das irmandades.

Na última década, organizações e instituições que, tradicionalmente, são fechados vem entrando na cena pública, trazendo para debate questões que são de interesse público, como é o caso da Câmara de Dirigentes Lojistas – CDL e da Maçonaria, que, aproveitando-se do espaço criado pelas rádios comunitárias, vêm ampliando a esfera do interesse público.

O destaque dessa seção fica por conta dos Movimentos Sociais que estão se consolidando em Icó, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST e o Movimento dos Pequenos Agricultores – MPA que, apesar de centrarem sua luta na conquista da terra e nos meios para trabalhá-la, vêm desenvolvendo uma lógica de cooperação/solidariedade entre as várias organizações da sociedade civil, como estratégia para fortalecer grupos e causas que, de outra forma, não teriam acesso à cena pública.

2.4 O Sistema de Saúde e o Perfil Epidemiológico

O município de Icó, se for considerado em sua especificidade, é parte do sistema nacional, logo, seus serviços públicos, ou a falta destes, operam dentro da lógica neoliberal adotada pelo Estado nas últimas décadas, sujeitas ao que Martins (1999, p. 38) coloca como cultura da apropriação do público pelo privado, segundo a qual os direitos de cidadania passam a ser vistos como proteção e favorecimento dos desvalidos, portanto, como favores do governante. Segundo Chauí (1994, p. 28), isso se deve à ausência de instituições democráticas, podadas pela estrutura autoritária da sociedade entre a carência absoluta e o privilégio absoluto, bloqueando a emergência de uma sociedade democrática, deixando-nos como opção política o populismo.

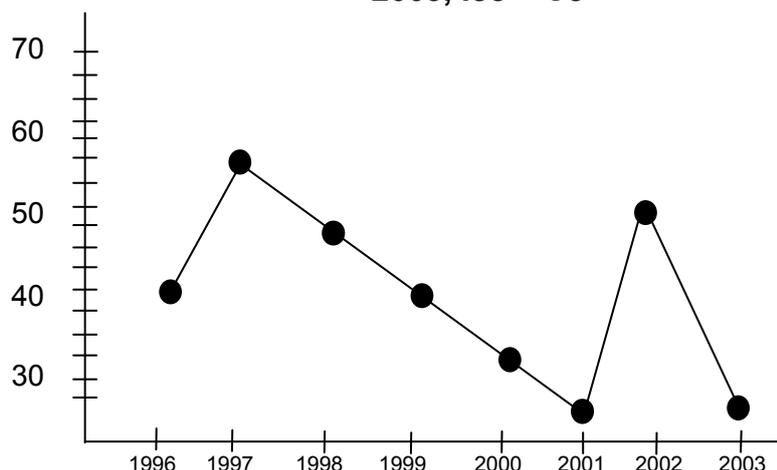
Na área da saúde, as precárias condições sociais e econômicas da população são acrescidas pela instabilidade do atendimento nos serviços públicos. O sistema de saúde é composto, no nível primário: por 8 Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 43% de cobertura populacional; por 4 Equipes de Saúde Bucal, correspondente a 32% de cobertura populacional em ações de saúde bucal no nível da atenção básica; um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; um Centro de Vigilância Alimentar e Nutricional; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; um Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social; além de ações no controle de doenças transmitidas por vetores.

No nível secundário, o município é assistido por um hospital público de média complexidade que atende ao sistema de referência e contra-referência em nível regional e por um Hospital privado-filantrópico, conveniado com o SUS, que dá suporte ao sistema municipal. O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico é composto por dois laboratórios públicos e dois laboratórios privados, e pela realização de exames de ultra-sonografia, endoscopia, eletrocardiograma e eletroencefalograma, realizados na rede pública. A rede pública ainda presta os serviços de neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia e radiologia.

Os casos que demandam atendimento em nível de alta complexidade e demais exames e terapias especializadas são referenciados para Fortaleza, sede da Macrorregião de Saúde.

O perfil epidemiológico é impreciso, por causa da ausência do registro de notificação de várias doenças. Apesar da implantação na Secretaria de Saúde do Município de Sistemas de Informação em Saúde, como o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, nem sempre esses sistemas são alimentados.

**Gráfico 01 – Taxa de Mortalidade Infantil 1996 –
2003, Icó – Ce**



Entretanto, é visível a melhoria de alguns indicadores sociais como a Taxa de Mortalidade Infantil (ver Gráfico 01) e a Taxa de Mortalidade por doenças infecciosas. Acredito que essa melhoria deva-se à recente ampliação da cobertura pelo incipiente sistema de proteção social: com a implantação e ampliação de programas de assistência à saúde como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e o Programa de Saúde da Família – PSF; com o aumento do número de matrículas no Ensino Fundamental e Médio na rede pública de ensino; com o aumento da renda familiar por programas como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás, Fome Zero e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI.

Contudo, não creio que essa tendência de melhoria dos indicadores se acentue mais, tendo em vista que esses programas, como o nome denuncia, são

temporários, passageiros, focalizados e não implicam uma redistribuição real de renda, portanto, não produzem mudanças significativas no perfil de acumulação capitalista.

2.5 O Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde Icó-Ceará foi criado em 20 de maio de 1989. O seu processo de formação foi resultante do estímulo dado pela Secretaria de Saúde do Estado aos municípios, como parte do impulso municipalista deflagrado no Brasil, a partir de 1989, quando o estado do Ceará figurou como líder em número de municípios com gestão local de saúde (Abu-El-Haj, 1999, p. 37).

Embora houvesse no município uma sociedade civil com tradição de organização em Conselhos Comunitários e em grupos de jovens, formados a partir das discussões incentivados por setores da Igreja Católica, sobre os problemas enfrentados pela população mais pobre, localizada, em sua maioria, nos bairros periféricos e em comunidades rurais; ao que parece, esses setores não foram levados em conta, não participaram do processo de formação do CMS, que se deu orientado muito mais pela política estadual do que pelas reivindicações e diálogo com a população local.

Assim, no dia 28 de novembro de 1989, o representante do município de Icó assina o Convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde, já com o Conselho de Saúde criado e instituído pela Lei Municipal nº 166, de 13 de novembro de 1989, cujas ata de fundação e lei de criação encontram-se no Anexo II. Pode-se ver, no quadro abaixo, a relação dos municípios que assinaram o convênio da municipalização dos serviços de saúde, entre 23 de junho e 26 de dezembro de 1989, quando o estado do Ceará alcançava o auge desse processo, e se tornava espelho para a tendência nacional.

Quadro: Lista dos municípios que assinaram o convênio de municipalização, por data de assinatura e região de saúde – DERES, no Estado do Ceará, 1989.

DATA DA MUNICIPALIZAÇÃO	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE – DERES
23.06.89	Barbalha	5ª Juazeiro do Norte
	Baturité	1ª Fortaleza
	Crato	3ª Crato
	Iguatu	4ª Iguatu
18.08.89	Aquiraz	1ª Fortaleza
	Crateús	2ª Crateús
	Guaraciaba do Norte	12ª Tianguá
	Jardim	5ª Juazeiro do Norte
	Maracanaú	1ª Fortaleza
	Orós	14ª Iço
	Pereiro	16ª Limoeiro do Norte
	São Benedito	12ª Tianguá
	10.10.89	Aratuba
Coreaú		10ª Sobral
Groaíras		10ª Sobral
Nova Russas		2ª Crateús
Novo Oriente		2ª Crateús
Tauá		11ª Tauá
31.10.89	Brejo Santo	5ª Juazeiro do Norte
	Cascavel	1ª Fortaleza
	Croata	12ª Tianguá
	Horizonte	1ª Fortaleza
	Itapiúna	1ª Fortaleza
	Jaguaruana	8ª Russas
	Pacatuba	1ª Fortaleza
	Canindé	1ª Fortaleza
	Parambu	11ª Tauá
28.11.89	Acopiara	4ª Iguatu
	Cedro	14ª Iço
	Fortaleza	1ª Fortaleza
	Iço	14ª Iço
	Independência	2ª Crateús
	Maranguape	1ª Fortaleza
	Pedra Branca	9ª Senador Pompeu
	Quixelô	4ª Iguatu
26.12.89	Caririaçu	5ª Juazeiro do Norte
	Euzébio	1ª Fortaleza
	Ipaumirim	14ª Iço
	Palmácia	1ª Fortaleza
	Quixadá	7ª Quixadá
	Senador Pompeu	9ª Senador Pompeu
	Uruburetama	13ª Itapipoca
TOTAL	43	

*Fonte: Brasil (1997).

Embora se afirme que a motivação para a criação do CMS não partiu do diálogo com a comunidade, é possível identificar na lei de criação do CMS de Icó, a presença de grande número de representantes populares. Eles são citados

enquanto representantes das associações comunitárias e constituem-se em maioria: são 15 usuários, num conselho de 22 membros.

Ao longo do tempo, essa composição foi sendo modificada, pelas Leis nº 214/94, nº 229/93, nº 387/97, nº 437/00 e, por último, pela Lei nº 490/00. As mudanças servem ao propósito de excluir representações, embora o critério de paridade quase nunca tenha sido respeitado, e sempre foi utilizado em favor de uma maioria de usuários. O segmento governo também constitui-se maioria em relação aos profissionais e, quanto aos prestadores de serviços, embora existam prestadores privados conveniados no município, eles só possuíram assento no Conselho no período em que o dono do Hospital privado-filantrópico conveniado com o SUS foi também o prefeito do município. Na época, esta mudança rendeu a Lei nº 229/93 para instituir o assento desses prestadores. Todavia, a Lei 387/97 excluiu novamente o representante dos prestadores conveniados, o que ocorreu na gestão do grupo político seguinte.

Atualmente, o CMS-Icó funciona com 14 membros, embora a última lei de regulamentação institua o número de 12, e também deveria lembrar que, de acordo com as observações e com os depoimentos dos conselheiros, nem sempre todos os conselheiros comparecem às reuniões. As mesmas acontecem na Secretaria de Saúde e não têm um espaço definido, tampouco secretaria executiva, nem dotação orçamentária, situação que, segundo alguns conselheiros, dificulta o exercício das funções dentro do conselho.

Na composição do Conselho, é possível destacar algumas distorções, entre elas: a presença da Câmara de vereadores ocupando o lugar de usuários; a ausência de representação do segmento prestador conveniado; e, por último, que, dos 7 representantes de usuários, 5 são funcionários do poder público municipal.

3º CAPÍTULO

- Os Atores -

O ator é participante de um jogo e um sujeito ativo que tem marca de identidade. [...] Na Antiguidade Clássica, alguém que comparecia aos jogos olímpicos podia fazê-lo como *participante* ou como *teórico*. Quem ia como teórico sentava-se nas arquibancadas para observar o jogo, enquanto que o participante entrava no campo de jogo. O ator está no campo de jogo e é um indivíduo, ou um *pequeno grupo singular*, que tem valores, memória e consciência. Sua ferramenta é a ação na *práxis*. Trata-se de uma ação-conhecimento e esse conhecimento é operacional, no sentido do saber-se o que tem de ser feito e quando deve ser feito.

Matus, 1996, p. 204

3. OS ATORES

Nesta seção procurou-se apresentar o conselheiro de saúde enquanto sujeito portador de projetos, nem sempre explícitos, cuja ação humana é uma categoria situacional, suscetível de ação intencional ou reflexiva pelos distintos atores que se relacionam na produção de ação, ou sujeitos coletivos/sociais com identidade e prática elaboradas enquanto movimento contraditório - diferença que se manifesta em forma de discurso - e movimento conflitante, que se dá na ação, expressão de interesses e vontades, constituindo-se em espaços de luta na defesa de um projeto, pela manutenção ou transformação social (Sader, 1991; Matus, 1993).

Para tanto, propôs-se a construção do perfil dos conselheiros municipais de saúde de Icó-Ceará, buscando identificar algumas características que podem potencializar ou limitar a ação dos conselheiros enquanto representantes de determinados segmentos, atuando numa esfera pública de intermediação de interesses e de negociação de conflitos.

Considerando a relação oficial de conselheiros que nos foi fornecida pela Secretaria de Saúde do Município, verificou-se que 50% são ligados ao segmento usuários (associações comunitárias e igrejas); 29%, ao governo; 14%, aos profissionais de saúde; e 7%, aos prestadores de serviços do SUS. Destes, não foi possível estimar quantos conselheiros participam efetivamente das reuniões, devido ao pequeno número de reuniões observadas (uma somente), e o não fornecimento do livro de atas por parte da Secretaria.

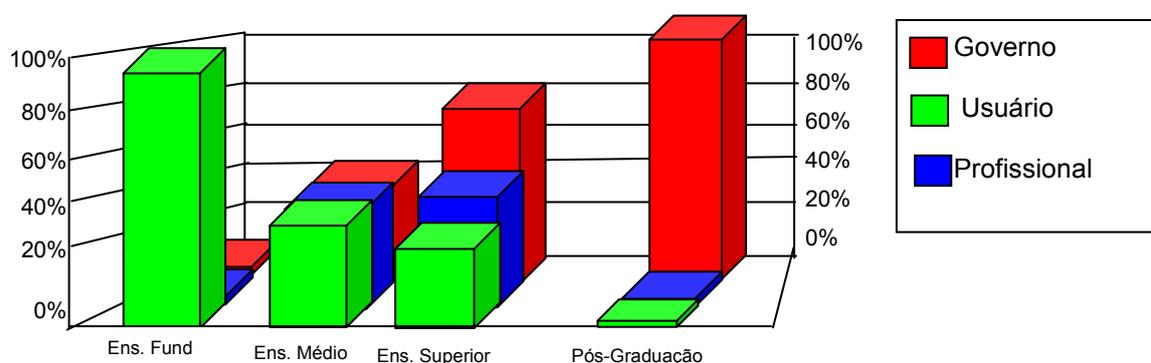
Quanto à participação de homens e mulheres, observou-se um certo equilíbrio na composição do CMS, formado em 60% por homens e 40% por mulheres. Entretanto quando procedeu-se à análise da composição de gênero por segmento participante do conselho, observou-se o rompimento do equilíbrio no segmento usuários, representado, sobretudo, por homens (93%). Nos demais segmentos, a participação feminina supera a masculina.

A escolaridade dos conselheiros é elevada, do total dos conselheiros, 47% concluíram o Nível Superior, 15% têm Pós-graduação, 23% concluíram o Ensino Médio e 15% o Ensino Fundamental, nenhum deles se diz analfabeto.

As desigualdades mais significativas aparecem quando se comparam os conselheiros por segmento social representado. Apesar do alto perfil educacional em todos os setores, os conselheiros usuários apresentam níveis educacionais mais baixos que os demais. Assim, enquanto 25% de conselheiros usuários têm Ensino Superior concluído, no mesmo nível encontram-se 50% dos profissionais, 80% do governo e 100% dos prestadores. Inversamente, nos baixos níveis educacionais, Ensino Fundamental e Médio, encontram-se 75% dos usuários, 50% dos profissionais e 20% dos conselheiros do setor governamental (Gráfico 02).

GRÁFICO 02

Conselheiros Municipais por escolarização, segundo segmento de representação
Icó-Ceará, novembro-2004.



Em relação ao perfil de renda, constata-se que a maior parte dos conselheiros apresenta um perfil de baixa remuneração: 46% recebem de 1 a 2 salários mínimo, 27% recebem de 2 a 4 salários e somente 27% recebem de 4 a 10 salários. Analisando por segmento, destaca-se uma grande diferença entre a renda de representantes do governo e usuários. Enquanto os primeiros situam-se na faixa média, 2 a 4 salários (60%) e alta, 4 a 10 salários (40%), os últimos situam-se em sua totalidade na faixa mais baixa de 1 a 2 salários mínimos (100%).

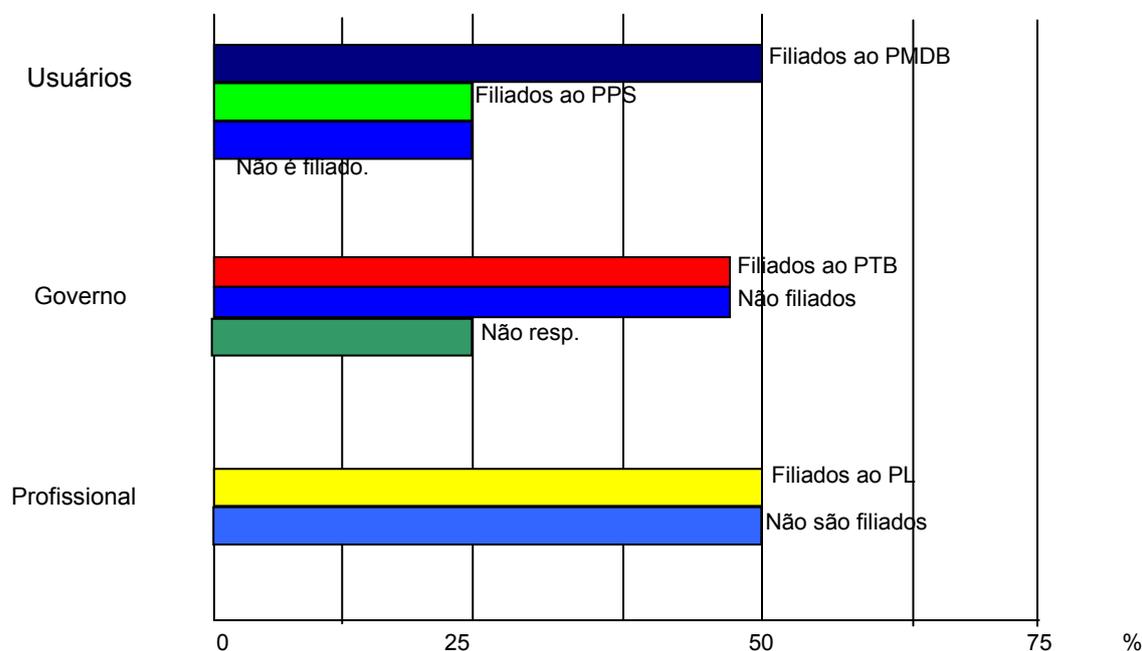
Quanto à cultura de participação cívica dos conselheiros municipais, pode-se concluir que, pelo próprio caráter institucional de representação dos conselhos, todos os representantes dos usuários e profissionais de saúde têm algum

tipo de vínculo associativo, de filiação ou de associação a uma organização social: associação comunitária de trabalhadores rurais, Sindicato dos Trabalhadores Rurais e associações religiosas. Entre os conselheiros que representam o setor governamental, a maioria, 60%, não está vinculada a nenhuma organização enquanto os 40% que possuem vínculo associativo, são de natureza profissional: os conselhos de representação profissional.

Além disso, os usuários demonstram não apenas que estão associados, mas que têm participação efetiva em atividades sociopolíticas, como trabalho voluntário, mutirão, abaixo-assinado e reuniões políticas de grupos locais; enquanto os representantes governamentais confirmam a tendência de pouca cultura de participação sociopolítica, envolvendo-se, somente, em atividades político-partidárias como as reuniões políticas de grupos locais.

GRÁFICO 03

Filiação dos conselheiros a partidos políticos segundo segmento representado – Icó-Ceará – novembro – 2004.



A participação partidária, contudo, não se restringe somente ao segmento governamental. A taxa de filiação partidária é alta entre os conselheiros de saúde do município de Icó, 55% estão filiados a algum partido, somente 36% não estão

filiados e 9% não informaram. Considerando o universo total dos conselheiros filiados a partidos políticos, o Partido Trabalhista Brasileiro – PTB e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB empataram, em primeiro lugar, na preferência dos conselheiros, seguidos pelo Partido Liberal - PL e o Partido Popular Socialista - PPS. Analisando por segmento, percebe-se uma polarização dos segmentos em torno de algumas siglas, como o dos representantes governamentais, em torno do PTB - partido da situação, o dos profissionais, em torno do PL e o dos usuários no PPS e PMDB, todos partidos da coligação liderada pelo atual prefeito.

Pode-se dizer que os conselheiros, na sua maioria e independentemente do segmento analisado, são pessoas informadas e atualizadas sobre os acontecimentos políticos e sociais em geral. Entre as fontes de informação utilizadas pelos conselheiros, sobressai-se, em primeiro lugar, a televisão (81%), seguida pela leitura de jornal (73%) e por rádios e revistas (63%), e ainda as conversas com amigos e parentes (45%), por último, está a leitura de informativos ou boletins de sindicatos e associações (36%). É importante salientar que 82% dos conselheiros afirmam utilizar quatro ou mais fontes de informação, e 18% afirmam utilizar somente duas fontes de informação, a saber, o rádio e a televisão.

Por último, a grande maioria dos conselheiros (91%) afirmaram participar de algum tipo de atividade de formação nos últimos dois anos. Entre as atividades de capacitação mais recorrentes, está a participação em cursos (54%) de qualificação profissional e em conferências (54%), o que demonstra razoável grau de capacitação técnica sobre a política de saúde. Apesar desse quadro, é significativo que os conselheiros demonstrem um grande desejo de capacitação específica para o exercício da função de conselheiro de saúde, expressado em vários momentos da pesquisa, como na observação e entrevista.

Em suma, pode-se concluir que as diferenças verificadas nos perfis de escolarização e renda dos conselheiros municipais parecem indicar que a desigualdade de acesso a recursos econômicos e políticos podem manifestar-se em desigualdades no acesso à posse de competências necessárias ao agir comunicativo e interferir no processo de discussão livre e racional, necessários à legitimação desses novos arranjos deliberativos. Contudo, verifica-se que, apesar de diferenças internas, em seu conjunto, o CMS reúne uma elite que apresenta

maior vínculo associativo e maior grau de participação em atividades político-sociais, maior filiação partidária, mais informações, sobre acontecimentos políticos em geral.

Acredito que a realidade da base material aqui expressa nos faz pensar, como Chauí (1994), que a polarização social entre os pólos de carência absoluta e privilégio absoluto bloqueia a emergência de uma sociedade democrática, à medida que a “carência é sempre específica e particular, não conseguindo generalizar-se num interesse comum nem universalizar-se num direito sem deixar de ser privilégio, [...] o privilégio espera ser conservado pelos favores do governante” (Chauí, 1994, p. 28 e 29). Dessa forma, o Estado passa a ser utilizado como instrumento econômico privado, destinado a manter os privilégios de uma classe dominante que se mantém no poder às custas de caridade, nutrindo as relações privadas e impedindo o surgimento de uma Esfera Pública.

4º CAPÍTULO

- O Espetáculo -

“Quanto mais se teatralizar a política – quanto mais os cidadãos forem reduzidos a público, a espectadores das decisões políticas –, menor será o caráter público das políticas adotadas, menor seu compromisso com o bem comum, com a *res publica*. Que deu nome ao regime republicano. Em suma, quanto mais o governante fizer cena para popularidade [...] maior risco correremos de que, esquecendo o público pelo publicitário, ele se apropria da coisa comum para fins privados”.

Ribeiro, 1994, p. 34

4. O ESPETÁCULO

4.1 Primeiro Ato - Conselho Municipal de Saúde: um espaço para expressão das necessidades de quem?

A paridade na representação dos interesses no interior dos conselhos não é algo que se resolva numa regra numérica de equivalência, antes é um processo político que envolve a capacidade de construção de redes de solidariedade dentro e fora dos conselhos, de tal forma que seja possível reverter a tradicional prevalência dos interesses estatais e dos seus interlocutores habituais.

Tatagiba, 2002, p. 73

No Conselho de Saúde, a composição é plural e paritária, assim, nele se fazem representar interesses da sociedade civil e do Estado, muitas vezes, não apenas distintos, mas até antagônicos. Essa pluralidade dos atores e de seus interesses, valores e desejos, tem sido considerada, por alguns teóricos da Democracia, um entrave ao processo de participação dos cidadãos no exercício da tomada de decisões, o que lhes levou a sugerir um modelo democrático pautado na rejeição de formas públicas de discussão e argumentação e na identificação das práticas participatórias com o processo de escolha de governantes³. Por outro lado, essa pluralidade tem sido considerada fundante para outra corrente teórica que assume justamente a hipótese contrária, isto é, a de que se passou a viver em sociedades que adquiriram um tal nível de pluralismo de interesses, valores e concepções morais que o surgimento de sociedades parciais já é uma realidade. Para estes autores, o problema da teoria democrática é como incentivar formas e experimentos de participação que permitam o acomodamento das diferenças em novos arranjos deliberativos (Habermas, 1997 e 2003).

Nesse campo, insere-se esta pesquisa sobre conselhos de saúde enquanto novos arranjos deliberativos. Para tanto, é preciso compreender até que ponto foi possível efetivá-los nos casos concretos, até que ponto a existência dos conselhos indica uma reversão das práticas tradicionais da troca de favores, das

³ Essa corrente teórica ficou conhecida como elitismo democrático. Sobre esse assunto, ver Avritzer (2000).

práticas clientelistas, da centralidade e autoritarismo do Estado na definição das políticas e das prioridades sociais.

Apesar da diversidade de motivos que impedem os conselhos de assumir, de forma efetiva, suas atribuições legais e da singularidade de cada caso a depender da cultura política local, buscou-se, nesta investigação, recuperar alguns obstáculos que se interpõe nesse processo. Em princípio, a partir de uma análise da bibliografia produzida sobre a temática, e, em seguida, a partir de um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Icó-Ceará.

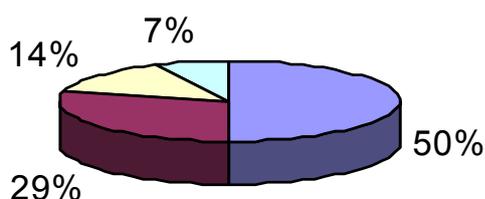
Dessa forma, chegou-se a alguns recortes iniciais, que serão apresentados a seguir. A regulamentação dos conselhos pode ser entendida como: “[...] inovação institucional, [...] uma reforma adaptativa do desenho institucional do Estado, dirigida para alterar o padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde, no sentido do seu alargamento”. (Carvalho, 1997, p. 99).

Nesse novo arranjo institucional, alguns princípios devem ser observados. Um desses princípios diz respeito à obrigatoriedade da paridade na composição dos conselhos. No caso do conselho de saúde, a Lei prevê paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. A paridade foi considerada condição preliminar para uma real disputa entre posições e interesses divergentes no interior dos conselhos, garantindo, dessa forma, a legitimidade e o equilíbrio no processo decisório.

Aqui, abre-se um parêntese para tratar de alguns pressupostos implícitos na idéia de paridade. Em primeiro lugar, a ‘paridade’ cuja base é tão somente que a autoridade do argumento pode afirmar-se contra a hierarquia social, significa a igualdade do simplesmente ‘meramente humano’ (Habermas, 2003, p. 51-52), implica a construção da alteridade por parte dos conselheiros, em especial, daqueles que, tradicionalmente, estão acostumados a exercer o poder de forma solitária. Em segundo lugar, refere-se à capacidade efetiva de representação dos conselheiros. Para que estes possam apresentar-se no conselho como sujeitos portadores de projetos coletivos é necessário haver uma identificação entre conselheiros e entidades sem, contudo, perder a noção do interesse público. E, por último, a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções.

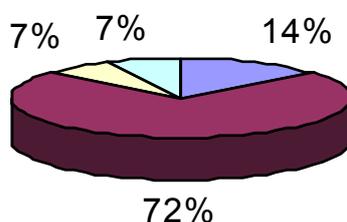
No CMS de Icó, verificam-se algumas distorções, já citadas anteriormente, com relação à paridade, como o número de representantes do governo (ver Gráfico 04), superior ao indicado por lei, e o grande número de conselheiros usuários que são funcionários da prefeitura. Dos 14 membros, 7 são usuários, conforme recomenda a Lei, entretanto, 5 destes são funcionários do município, alguns exercendo cargo de confiança. O que nos permite delinear dois quadros, no primeiro, a representação formal da composição do CMS – Icó, de acordo com o que está apregoado em Lei, e no segundo, a composição real do CMS – Icó, elaborado a partir do grau de autonomia dos conselheiros em relação ao poder político local.

Conselheiros por segmentos sociais representados, composição formal do CMS/Icó



■ Usuário ■ Governo ■ Profissional ■ Prestador

Conselheiros por segmentos sociais representados, composição real do CMS/Icó



■ Usuário ■ Governo ■ Profissional ■ Prestador

A idéia de Cohen (1997, p. 413) sobre a paridade vai além de definições numéricas, antes, é o resultado de um processo de aceitação do outro em suas diferenças, “uma tentativa de propor um procedimento capaz de conduzir a decisões políticas em situações nas quais a pluralidade de valores e concepções aparece como dada”; Esse autor defende a teoria de um pluralismo que, ao invés de inviabilizar o diálogo, fomenta-o, ao supor que o outro é razoável.

Nesse sentido, a pluralidade de interesses representados no conselho, assim como a variedade de sentidos atribuídos à própria noção do que seja participar da formulação das políticas, torna o campo da sociedade civil, que é naturalmente heterogêneo, um campo altamente fragmentado. Da mesma forma, embora seja possível construir generalizações acerca dos interesses do Estado, é necessário frisar a individualidade do ator estatal, o que finda por imprimir um certo grau de heterogeneidade à representação estatal.

Por outro lado, a ausência de pluralidade transforma o conselho num espaço vazio do seu sentido existencial, que seria a acomodação das diferenças num espaço em que as decisões são tomadas sem a interferência do poder político-econômico, mediadas pelo princípio da igualdade e possibilitadas pelo processo de diálogo.

Entretanto, o princípio da paridade tende, conforme observado nas falas dos conselheiros, a se traduzir em vantagens para o governo, trazendo profundos desequilíbrios ao processo decisório, como pode ser visto nos fragmentos abaixo:

“tudo que fosse planejado pelo conselho valesse de alguma coisa, não só as decisões que venha do próprio gestor”

(Conselheiro Prestador Governo 2)

“As decisões são tomadas por um pequeno grupo de membros, sem o aval da maioria do colegiado, acho que assim não se faz um trabalho bem feito”.

(Conselheiro Usuário 2)

“Eu tenho certeza que se as pessoas quiserem funciona, agora quando aquele que manda e desmanda, não quer, não funciona não, porque ele tranca, ele tem poder, pronto!!”

(Conselheiro Usuário 1)

O discurso dos conselheiros revela uma situação distante daquela descrita por Habermas (2003). No conselho, parece haver os que mandam e desmandam e os que obedecem, numa clara relação de hierarquia, anulando o

princípio da igualdade entre os membros e reforçando a autoridade da hierarquia, eixo fundamental no favorecimento de interesses econômicos particulares e na dominação de indivíduos para a concentração de poder.

Esse discurso denuncia o monopólio de um *pequeno grupo de membros* sobre o *poder de decisão*, numa clara oposição ao princípio de *ampliação do domínio público*. Quando afirmam que só as decisões do gestor e de um pequeno grupo tem validade, remetem-nos ao monopólio da interpretação de autoridades eclesiásticas e governamentais descrito por Habermas (2003), quando da formação de uma esfera pública burguesa que teve, como característica principal, a quebra desse monopólio, permitindo a problematização de setores que, até então, não eram considerados questionáveis. Nesse sentido, lança-se um questionamento do domínio público sobre a política de saúde em nível local.

E, por fim, a porosidade da esfera pública aos diversos temas e participantes, ou o *princípio da inclusão*, vê-se simulado, à medida que os participantes não possuem origens diversas, sendo, em sua maioria, porta-vozes ou “testas- de-ferro” - como afirmou um conselheiro - dos interesses estatais, e não lhes é permitida a inclusão de temas na agenda do conselho, que, como será visto, já vem definida.

Uma observação pode ser feita quanto à possibilidade de abusos do poder estatal, visando à redução da heterogeneidade na composição dos conselhos, excluindo a possibilidade de representação dos interesses antagônicos à figura do prefeito. Embora o processo de escolha das organizações societárias seja feito, teoricamente, sem interferência do Estado, há uma condição prévia que limita e delimita o conjunto de entidades ao qual é permitida a participação: só participam entidades que não façam oposição política à oligarquia dominante. O fragmento remete-se a essa questão:

“a escolha já é feita pensando nisso, em pessoas que não tenha muito questionamento, eles queriam por que queriam que eu botasse outra pessoa, eles não me queriam, entende, porque para o [fulano] é feio, sentir que o conselho é isso aqui, [fulano] bote uma pessoa indique uma pessoa, é mais fácil da gente manusear.”

(Conselheiro Usuário 11)

Nesse sentido, parece correto supor que a obrigatoriedade legal constitui-se como condição necessária ao princípio de equivalência entre Estado e sociedade,

embora absolutamente fundamental, não é, contudo, condição suficiente para assegurar a equivalência real. Esta parece envolver questões que passam pela cultura política, pela relação de forças dentro do conselho, e pela competência e/ou incompetência do discurso⁴.

Essa situação arranha a legitimidade do conselho, que passa a ser visto como um espaço privado, ao qual só tem acesso quem tem a senha, quem faz parte do jogo de interesses do grupo político da situação. Por outro lado, afeta o interior do espaço, devido ao seu alto nível de homogeneidade interna, inviabilizando a necessidade da argumentação. Para que argumentar, se todos estarão de acordo? Se não haverá voz dissonante? Dessa forma, as questões centrais do modelo de participação via conselhos são afetadas, como a pluralidade e o diálogo.

Um segundo princípio desse novo arranjo institucional diz respeito tanto à natureza do vínculo estabelecido entre os conselheiros governamentais e não-governamentais com suas entidades, que implica a própria possibilidade de representatividade por parte deles; quanto à sua qualificação, a partir de demandas coletivas, que estes passam a confrontar e negociar, exercendo um papel de mediadores.

Para que o conselho funcione enquanto espaço público democrático, é necessário que as demandas ali apresentadas sejam de fato problemas que afetem o conjunto da sociedade e que os seus interlocutores possam tematizar e dramatizar, de modo convincente, atraindo para sua causa a atenção dos demais sujeitos, colocando-os na cena pública, para que possam ser assumidos e processados pelo sistema político.

Entretanto, se os atores não estão inseridos nos movimentos e discussões da sociedade, suas demandas ou não existem, ou não podem ser expressas com transparência e não podem ser submetidas ao julgamento público. Essas situações esvaziam o espaço público, que passa a ser apropriado por interesses privados e clientelistas.

No decorrer da investigação, em virtude da impossibilidade de acesso a alguns documentos, como o livro de atas, detive-me aos depoimentos e às

⁴ A questão do discurso competente, que é trabalhada por Chauí (1981), será tratada adiante.

observações que foram confrontados com as respostas dos conselheiros quanto à satisfação das entidades que representam. Os depoimentos a seguir parecem apontar questionamentos:

“estão satisfeitos são pessoas simples que não questionam muito”
(Conselheiro Usuário 2)

“ficam satisfeitos porque eu tento passar as informações e resolver os problemas da comunidade.”
(Conselheiro Usuário 3)

“acredito que sim, tenho feito a minha parte”
(Conselheiro Usuário 7)

“estão satisfeitos, sempre tento questionar, reivindicar e cumprir meu papel”.
(Conselheiro Governo 4)

“Não estão satisfeitos [por quê?].... silêncio...”
(Conselheiros Usuários 6, 10, 11 e Conselheiro Prestador Governo 1)

A partir de uma análise hermenêutica, buscou-se interpretar ‘o dito, o não-dito e o silenciado’ nos fragmentos acima. Sobre o ‘dito’, o que é possível dizer numa conjuntura descrita por um conselheiro como “ditadura”, não é possível dizer muita coisa. Uma saída encontrada por um conselheiro usuário foi apontar a ‘simplicidade’ das pessoas de sua comunidade, como caminho para satisfação e para a falta de questionamentos. Outros conselheiros optaram pelo dizer não dizendo, é o que se interpreta quando se analisa a palavra *tento* presente nos discursos. Ao dizer *tento*, eles não estão dizendo se conseguem ou não “passar informações, resolver os problemas da comunidade e cumprir o meu papel”. Ou, ao dizer “tenho feito a minha parte”, o conselheiro deixa em aberto se o colegiado está funcionando, pois ele não diz sobre a ‘parte’ do outro. Assim, os conselheiros não dizem nada. E, por último, o silêncio, que na definição de Orlandi (2001), trata-se de um silenciamento, de uma ação deliberada no sentido de fazer calar. Isso é que o silêncio desses discursos denuncia.

O silêncio, atravessado nas falas dos conselheiros, leva-nos a pensar como Orlandi (2001, p.15), que “não é verdade que o texto possa se desenvolver em qualquer direção: há uma necessidade que rege um texto e que vem da relação com silêncio, a exterioridade de uma teia de relações de troca de favores, clientelista, de práticas de perseguição àqueles que ousam exprimir uma opinião contrária aos

interesses de quem está no poder, perseguição denunciada no discurso de um conselheiro:

“Conheci Icó no tempo de Dr. Nilton, era uma ditadura como é hoje, hoje é um negócio incrível, estavam dizendo que foram lá na Rua da Palha ontem à noite e dizia que conservavam com as pessoas e diziam, vocês que receberam as casas (PROURB) num votar na gente nós tomamos a casa, e eles falam mesmo porque isso é cultural, entende, e a pessoa aceita, se eles me deram a casa eu tenho o direito de votar neles, como se a casa fosse deles, um favor (pausa) coisa difícil.”

(Conselheiro Usuário 11)

Assim, para poder dizer, em algumas ocasiões, é preciso não dizer, sobre outras, é preciso silenciar. Nesse sentido, as representações da sociedade civil vivem com muita cautela, numa difícil relação com o poder público, em que, para terem o direito de serem reconhecidas legalmente, é preciso aprender a calar. Isso pode trazer conseqüências danosas para a relação entre conselheiros e entidade, pois o conselheiro pode vir a ser interpretado como um representante do governo frente à comunidade, e não o contrário, um representante da comunidade junto ao governo como se propõe.

Tatagiba (2002), analisando estudos sobre a relação entre conselheiros e entidades identificou a ausência de uma via de mão dupla entre as partes, visto que os conselhos nem sempre entram na pauta das entidades e as decisões das entidades nem sempre chegam aos conselhos. Além do afastamento entre entidades e conselhos, quando as primeiras indicam ou elegem seus representantes, estas se ausentam do cotidiano dos conselhos, e o conselheiro, sem um amadurecimento prévio das questões, acaba por aderir às imposições defendidas por grupos com maior poder de argumentação e influência. Para a autora, esse distanciamento traz conseqüências perversas para o conselho, como

[...] a baixa visibilidade social dos conselhos. Ou seja, se, por um lado, as deficiências na comunicação dos conselheiros com suas bases se traduzem na conformação de públicos fracos no processo deliberativo no interior dos conselhos, por outro, essas fissuras na comunicação diminuem a força dos conselhos enquanto públicos que disputam numa esfera pública mais ampla. Sem capilaridade social, os conselhos são levados ao isolamento e à debilidade. (Tatagiba, 2002, p. 66)

Um terceiro princípio fundamental aos novos arranjos deliberativos refere-se à capacidade dos conselheiros, tanto governamentais quanto não

governamentais, para uma intervenção mais ativa do diálogo deliberativo no interior dos conselhos. No modelo habermasiano de discussão argumentativa, mais tarde transformado em um processo de deliberação institucional por Cohen (Avritzer, 2000, p. 41), a igualdade dos participantes da discussão é um fato imprescindível na condução de decisões políticas em situações em que a pluralidade de valores e concepções morais aparece como dada. Contudo, na prática, o acesso a ela é determinado pela posse de competências específicas, desigualmente distribuídas. Nesse sentido, o princípio da igualdade é afetado negativamente pela desigualdade histórica de acesso das camadas pobres da sociedade a bens e serviços socialmente produzidos.

Essa constatação vem gerando muita perplexidade e suscitando perguntas desafiadoras, cujas respostas, muitas vezes, podem conduzir a posturas de negação do potencial inovador dos conselhos. Um exemplo disso é citado por Tatagiba (2002, p. 70): “Diante dessas constatações, que colocam em xeque a preparação dos conselheiros/militantes e a qualidade de participação, perguntamos qual o significado da existência dos conselhos, se não estamos preparados para ocupar este espaço e disputar nele um projeto.”

A preparação para ocupação desse espaço também é uma preocupação e reivindicação dos conselheiros de saúde de Icó, como pode-se verificar nos fragmentos abaixo:

“Não é importante (a função dele como conselheiro) preciso de mais preparo, não tenho muito conhecimento.”
(Conselheiro Usuário 3)

“A falta de conhecimento mínimo sobre os assuntos interfere no exercício das funções de conselheiro.”
(Conselheiro Usuário 1)

“A ausência de conhecimento por parte da maioria dos conselheiros de suas atribuições, o que provoca também a ausência de compromisso junto à agenda das reuniões.”
(Conselheiro Governo 6)

“Talvez com um processo educativo, as pessoas não foram educadas (para o exercício da função de conselheiro), você querendo manuseia pra onde quiser.”
(Conselheiro Usuário 11)

Os conselheiros, como foi visto, não apenas demonstram sua preocupação com a falta de conhecimentos necessários ao bom desempenho de suas funções, como apontam as conseqüências dessa situação para o conselho, à medida que ela se traduz em falta de compromisso junto à agenda das reuniões, o

que pode indicar a existência de uma situação de mal-estar, de constrangimento dentro do conselho, em que os conselheiros que acreditam estar qualificados para o exercício das suas funções findam por constranger àqueles que se consideram desqualificados para ocupação daquele espaço.

Contudo, a partir dos discursos desses conselheiros, é possível sugerir que esse processo de desqualificação é intencional e possui como objetivo o ‘manuseio do conselheiro’ pra servir aos melhores interesses do gestor. É o que se conclui, a partir da análise dos fragmentos em que os conselheiros são interrogados sobre os fatores que interferem no exercício de suas funções:

“Faltam informações sobre nossa função.” (Conselheiro Usuário 8)

“Nós queremos uma capacitação e um maior esclarecimento do que nós temos assinando, tamo só assinando sem saber o que é, depois quando vier o angu, nós é que vamos assumir.” (Conselheiro Usuário 3)

“Não receber informação, né?” (Conselheiro Usuário 10)

“A troca de secretários, complica recebermos informações.” (Conselheiro Usuário 14)

O discurso permite-nos problematizar se a falta de informações está sendo utilizada no intuito de silenciar os conselheiros. Considerando que o conselho tem como objetivo a participação de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, pode-se questionar até que ponto a falta de informações denunciada pelos usuários é contingente, ou um ardil utilizado com o firme propósito de dificultar o controle e a avaliação das políticas por parte dos usuários.

Assim, pode-se constatar que o tipo de relações estabelecidas no âmbito do CMS-Icó não têm permitido a expressão das necessidades, em saúde, dos grupos que prestam e recebem ações de saúde. A existência de figuras que mandam, implica a existência dos que obedecem, e essa relação de autoridade hierárquica destrói a teoria dos conselhos enquanto esfera pública, como lugar onde seres humanos livres e iguais, mas que possuem pontos de vista diferentes, reúnem-se para confrontar opiniões e posições na busca do interesse público, o bem comum.

A ausência da pluralidade, da ampliação do domínio público e do princípio da inclusão, num contexto em que há uma liturgia de participação como as reuniões, discussões, votação, atas e, principalmente, a existência de um conselho,

lançam uma luz sobre a questão do CMS enquanto espaço público democrático, e parece-nos revelar que o tipo de participação que se dá no CMS-Icó está convertendo-o em um instrumento de encenação para o público e alerta-nos para o risco que esse tipo de participação significa para a democracia.

4.2 Segundo Ato - Cena Pública ou encenação pública: a prática de publicização da agenda de saúde

Nesta sessão, procurou-se confrontar o processo histórico-conjuntural em que se desenvolve a reforma do setor saúde com os seus avanços e retrocessos, numa tentativa de refletir criticamente sobre as potencialidades e desafios da participação no setor saúde, tendo como referência a possibilidade do aprofundamento da democracia.

No Brasil, a contradição entre teoria e prática do discurso político econômico tem sido sempre tão gritante, que, em alguns casos, chega a ser cômica, se não for trágica. É o que ocorre quando se analisa histórica e politicamente a construção de uma matriz teórica para o processo econômico da sociedade brasileira. Marcado tradicionalmente por um processo de dependência externa, o desenvolvimento do Brasil foi sempre pensando a partir de interesses exógenos. Xavier (2002), analisando o processo de constituição da matriz liberal no pensamento político brasileiro, aponta algumas contradições: 1) Na teoria política liberal clássica, o poder político é legitimado por um pacto estabelecido voluntariamente na sociedade civil. No Brasil, o Imperador Pedro I deu origem a sociedade e não o contrário, o que definiu a origem do poder marcado por uma sociabilidade de súditos; 2) enquanto na teoria a finalidade do governo é proteger a vida, a liberdade e a propriedade, incluindo o próprio corpo e a capacidade de transformar a natureza, os liberais brasileiros queriam um governo com a finalidade de libertar o país do jugo imperial de modernizar a economia, mas que mantivesse a escravidão; 3) Em teoria, todos são iguais perante a lei, na prática, o critério adotado para estabelecer a comunidade política foi o voto censitário. O autor prossegue, assumindo a tese de que, no Brasil, prevaleceu, mesmo depois de 1930, um fazer

político antidemocrático baseado na concepção de que o exercício autoritário do poder é a maneira mais fácil para constituir uma sociedade liberal.

A crise do capitalismo mundial em 1929, que acarretou um abalo nas crenças liberais, estourou no Brasil sob a forma de crise política e econômica. Em termos econômicos, a crise atingiu, principalmente, as economias agroexportadoras, como a brasileira, que, em virtude da diminuição brusca da procura e dos preços das matérias primas, tiveram que estabelecer um novo padrão de crescimento. Em termos políticos, a crise acentuou o descontentamento popular e a ruptura na cúpula oligárquica que praticava a chamada política do café-com-leite. Tal situação gerou um movimento que deu origem à “Aliança Liberal”, conduzida por latifundiários e burgueses de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que se tornou mais um exemplar das contradições entre teoria e prática, uma vez que, derrotada nas urnas, nas eleições para presidente de 1930, violentou os valores liberais e adotou o caminho da insurreição armada como meio de chegar ao poder. Uma vez assumido o poder, trataram de acelerar o desenvolvimento do capitalismo industrial e a transformação da burguesia em classe hegemônica.

Uma outra consequência da crise se traduziu no consenso mundial que se criou em torno da necessidade de intervenção do Estado na ordem econômica para garantir o pleno emprego e promover o equilíbrio social. Para a superação da crise dos anos 30, o inglês John Mainard Keynes advogava o fim da liberdade absoluta do mercado (*laissez-faire*) e a necessidade de intervenção do Estado. Suas idéias inspiraram a *New Deal* (Nova Ordem) nos Estados Unidos, nacionalizações nos diversos países da Europa, a seguridade social na França, o *welfare state* (estado de bem-estar social) na Inglaterra e outras políticas intervencionistas em diferentes países, inclusive no Brasil (Brum, 2000).

Pode-se situar, naquele momento, o crescimento de uma preocupação efetiva por parte dos governantes, com a criação de um sistema de proteção social, que viesse a amenizar os efeitos da crise entre as camadas mais pobres, de modo a evitar a canalização de toda a insatisfação em insurreições populares. No Brasil, graças à política de cunho populista que aqui se praticava, o incipiente aparato de proteção social criado foi tido como um rompante de bondade do governante, o Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), que entrou para os livros didáticos como o “Pai dos Pobres”.

Dentre as ações desse sistema de proteção social, encontram-se as de Saúde Pública que até então eram desenvolvidas através de campanhas sanitárias, muito mais voltadas para as necessidades do mercado econômico, em especial, para exportação de produtos agrícolas, do que para as necessidades reais da população.

O controle social nesse período era visto como medida sanitária de controle do Estado sobre a sociedade, no qual o primeiro adotava medidas de intervenção em pessoas e grupos sociais em nome da saúde de todos.

Nesse período, as ações de saúde eram desarticuladas, as ações preventivas eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto as ações curativas ficavam a cargo do sistema previdenciário e atendiam somente aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Sendo “o vínculo contributivo condição indispensável para o direito à saúde, situação esta que vigorou até a década de 70” (Costa, 1998, p. 91). De acordo com Xavier (2002, p. 40), “de 1930 a 1964, o Brasil conviveu com uma estrutura de Estado corporativista, avesso à participação popular mas alimentando o populismo”.

A partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, enquanto autarquias, vinculados ao Ministério do Trabalho. Nos Institutos, também havia mecanismos participatórios, careciam, no entanto, de autonomia em relação ao Estado, que interferia na escolha dos representantes dos trabalhadores que tomavam parte em seus órgãos diretivos. Contudo, após 1945, a democratização política e o processo de industrialização acelerada favoreceram o fortalecimento do movimento sindical, aumentando seu poder de negociação junto aos dirigentes dos Institutos, devido a sua influência na indicação dos representantes dos empregados para as instâncias colegiadas dos mesmos (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 118-131).

A atenção médica e hospitalar também surge enquanto política nacional, a partir da década de 1930, diretamente articulada aos interesses organizados do mundo do trabalho e das suas instituições de proteção social. Nessa época, era articulada às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's, organizadas por empresas como sociedades civis, e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores; havendo a participação estatal, somente, na normatização de seu funcionamento, feita através de lei federal. Elas atendiam marítimos e ferroviários e

suas famílias, oferecendo aposentadorias, pensões, pecúlios e assistência ambulatorial e hospitalar em caso de cirurgia. Esse é o início do sistema previdenciário no Brasil (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 22).

Durante a vigência do regime militar, a partir de 1964, houve o favorecimento de produtores privados de bens e serviços com recursos estatais e a forte centralização administrativa, que alcançou também a Previdência Social – INPS, cuja administração passou para o Estado em 1966. O modelo médico-assistencial privatista foi valorizado e, em 1974, desmembra-se do INPS e passa a ser responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. Nesse período, o centralismo político e administrativo, alicerçados sob um padrão autoritário de administração pública e na supressão de canais abertos à manifestação pública de interesses, bloqueou a participação dos trabalhadores na gestão e definição das políticas previdenciárias e de saúde.

Acredito que esse terreno em que veio a se desenvolver o sistema de atenção médica e hospitalar concorre fortemente para o caráter da medicina praticada até os nossos dias. A origem desse sistema remonta ao período do “milagre econômico”, com a situação de estabilidade autoritária e a supressão da participação da população, que, acrescidas ao mecanismo de remuneração dos serviços, que tinham seu valor variável, segundo à complexidade e à densidade tecnológica do ato médico, favoreceu o processo de capitalização das empresas médicas e a incorporação tecnológica (Mendes, 1995, p. 23).

Entretanto, ainda no final da década de 1970, surgem no Brasil algumas experiências inovadoras no setor saúde, vinculadas às experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos (Carvalho, 1995), que influenciaram as formas de participação da sociedade no setor saúde. A Participação Comunitária baseia-se na idéia de comunidade, como um agrupamento de pessoas que coabitam no mesmo ambiente em condições sociais e culturais homogêneas, predispostas à solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário de auto-ajuda (Carvalho, 1995).

Segundo Mendes (1995), essas experiências deram origem a um “programa de medicina simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste – PIASS, que, iniciando-se pelo Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979”. Paralelamente, ressurgiam as proposições

do movimento municipalista, expressos na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e inicia-se a articulação dos Secretários Municipais de Saúde (Mendes, 2001: 93-94). Essas experiências, embora pouco significativas em abrangência quantitativa, ao colocar na arena projetos políticos diferenciados com seus respectivos grupos de interesses, forçaram discussões que viriam marcar profundamente o caráter do projeto sanitário brasileiro.

O cenário da década de 1980 possibilita, em seus espaços de contradição, o surgimento da participação enquanto instrumento na luta por uma nova ordem democrática. No início da década, também conhecida como “década perdida”, o modelo de desenvolvimento pela via acelerada da dependência entrava em colapso, no qual contribuíram para o agravamento da situação o segundo choque do petróleo, que agravou o já problemático balanço de pagamentos, e a moratória mexicana, que jogou uma pá de cal nas já escassas possibilidades de conseguir empréstimos externos. O balanço negativo pode ser verificado através de dois dados: a inflação se acelera de 40,8%, em 1978, para 223,8%, em 1984; e a dívida externa subira de 43,5 bilhões de dólares para 91 bilhões (Fausto, 1999, p. 504). Na tentativa de restaurar sua credibilidade internacional, o Brasil aceita o perverso processo de ajustamento imposto pelos credores, provocando um quadro de ‘estagflação’, por combinar estagnação econômica e inflação, deixando para a maioria da população uma dívida social enorme, que se traduz, ainda hoje, na perversidade da concentração da renda, no endividamento externo e interno, no sucateamento de parte do parque industrial, no desemprego e na submissão do país aos seus credores internacionais. Esse quadro da realidade brasileira criou uma avalanche de descontentamento e acabou alimentando uma pluralidade de mobilização na sociedade civil pela democratização do país (Xavier, 1999, p. 43).

Nesse quadro, a luta pela redemocratização do país se confunde com a luta pela garantia do direito a ter direitos, nesse caso específico, o direito à saúde. Um dos protagonistas desse período é o Movimento Sanitário:

Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os “mecanismos de funcionamento” do Estado e não só com os “resultados redistributivos” de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas: “Democracia é saúde” e “Saúde é democracia”, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no

sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde. (Carvalho, 1997, p. 93)

Todavia, numa outra vertente, o colapso do regime ditatorial e de seu modelo de desenvolvimento foi rapidamente diagnosticado pelos neoliberais como consequência do populismo e do excesso de intervenção estatal na economia. A saída era simples, a redução do Estado através da privatização, da liberalização do comércio e desregulamentação e a desmontagem do Estado Desenvolvimentista. Enfim, era o endeusamento do mercado como o único capaz de solucionar todos os problemas econômicos e sociais.

De acordo com Arretche (2002), à crise do regime militar somou-se um consenso de que a excessiva centralização decisória do período era geradora de ineficiência, corrupção e ausência de participação no processo decisório. Enquanto que a descentralização, esperava-se, seria geradora de eficiência, participação, transparência, *accountability*, entre outras virtudes esperadas da gestão pública. Segundo a autora, “no Brasil dos anos de 1980, centralização e autoritarismo eram ambos encarados como filhos da ditadura, ao passo que descentralização, democratização do processo decisório e eficiência na gestão pública andariam automaticamente juntos” (Arretche, 2002, p. 25).

A participação cidadã apresentava-se assim como imperativo ao processo democrático, enquanto caminho para reverter o padrão de planejamento e execução das políticas no Brasil, à medida que provocaria uma mudança nas agências estatais, tornando-as mais transparentes, mais porosas, suscetíveis ao controle da sociedade. Esperava-se tornar mais acessível ao controle público as decisões de interesse público, e ainda, esperava-se que a participação tivesse um efeito educativo sobre os próprios atores que participavam, atuando, assim, como um fator de promoção da cidadania.

Nesse contexto, nasce o Sistema Único de Saúde – SUS, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando o acúmulo de experiências inovadoras em saúde pôde aflorar e elaborar uma proposta para um novo modelo de saúde, pautado em princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação e controle social. Assegurado na

Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, operacionalizadas através de Normas Operacionais Básicas, o SUS carrega em si a contradição expressa na correlação de forças políticas do seu período de gestação e parto. A maior delas talvez seja o fato de que o Sistema Único de Saúde não é de fato Único. Ele convive, em pé de competição, com um sistema supletivo de planos e seguros de saúde, além da medicina liberal, que também foram assegurados pela Constituição de 1988, por meio do artigo 199.

Sobre a reforma sanitária, Mendes (2001, p. 28) afirma que “a transformação de 60 milhões de pessoas, indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direito à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira”. Embora se concorde com o autor sobre o potencial de inclusão do novo modelo sanitário, opto por enxergar na reforma sanitária uma parte da reforma do Estado e talvez aquela que mais se aproxime dos anseios da maioria da população brasileira em sua luta por um Estado democrático, permeável às suas demandas e capaz de distribuir os bens e riquezas socialmente produzidos.

Neste estudo, detive-me na avaliação de um princípio do SUS que também é pedra fundamental na reforma do Estado brasileiro na busca pela democracia – a participação. A participação é aqui entendida como condição para a redistribuição de poder na sociedade. No sistema de saúde, a participação oficial se dá através dos conselhos e conferências de saúde.

O Ministério de Saúde fornece-nos alguns indicadores mínimos para se avaliar a legitimidade dos conselhos, tais como: autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação (Brasil, 1994). Procurou-se estabelecer comparações com o CMS-Icó e avaliar a sua legitimidade a partir desses critérios técnicos.

Para assegurar a autonomia do conselho seria necessário, de acordo com o documento do Ministério de Saúde, garantir as condições de funcionamento dos conselhos, dos pontos de vista administrativo, financeiro e técnico, a partir de recursos assegurados no orçamento da secretaria de saúde. Essas condições vão do espaço físico ao pessoal de apoio administrativo, além de assessoria técnica para realização de estudos de problemas detectados pelos conselheiros, que instrumentalizem o conselho no processo de tomada de decisões.

Averiguando as dificuldades que os conselheiros enfrentam para o exercício da função, foi fácil diagnosticar os sintomas expressos como falta de “autonomia” do CMS-Icó, que transpareceram nos discursos:

“O conselho, na minha opinião, funcionaria de modo mais democrático, se viesse a ter reuniões com mais frequência, se o próprio conselheiro viesse a se reunir mais, se fosse fundado uma ‘casa dos conselhos’, se a Secretaria dotasse de forma orçamentária o conselho para que ele viesse a não ficar a mercê só da secretaria, em termos de alguns materiais que o conselho precisa, pra tirar xerox, uma sala reservada para as reuniões. Isso seria muito importante, estimularia e o conselheiro ia ficar cada vez mais respaldado daquilo que é sua função de fiscalizar, de planejar e organizar o SUS”.

(Conselheiro Prestador Governo 2)

“No momento, a gente já até falou com o [Secretário], é uma sala de reuniões com equipamentos adequados como computador e outras coisas mais que o conselho precisa ter a disposição pra gente planejar melhor”.

(Conselheiro Prestador Governo 3)

“Falta transporte pra gente vir as reuniões.”

(Conselheiro Usuário 1)

“Não temos apoio para participar dos encontros estaduais, e nem pra conseguir uma capacitação.”

(Conselheiro Usuário 2)

Quanto à “*organicidade*”, que envolve o nível da organização na gestão participativa, deve ser caracterizada pela infra-estrutura básica para realização dos encontros entre os representantes. Devem ser levados em conta aspectos como: periodicidade, frequência e regularidade dos participantes às reuniões, regimento interno, entre outros. Ainda se referindo às dificuldades encontradas no exercício da função, os conselheiros esclarecem como anda a *organicidade*:

“A periodicidade das reuniões que não são realmente bem agendadas [...] e a dificuldade que a Secretaria tem, não sei porquê, de reunir todos os conselheiros”.

(Conselheiro Prestador Governo 2)

“O não cumprimento da data das reuniões, isso implica, venho de muito longe e, às vezes, não acontecem as reuniões.”

(Conselheiro Usuário 3)

“As poucas participações nas reuniões.”

(Conselheiro Usuário 4)

“As reuniões que nem sempre obedecem calendário prévio.”

(Conselheiro Usuário 5)

“Não ser convocado para assistir as reuniões.”

(Conselheiro Usuário 6, Conselheiro Prestador Governo 4, Conselheiro Governo 8)

“Comunicado atrasado das datas das reuniões”

(Conselheiro Usuário 9)

“Falta tempo disponível, falta um calendário e estrutura para o funcionamento do CMS.”

(Conselheiro Usuário 12)

“As atribuições dos membros no desempenho de outras atividades, dificultando a participação nos encontros e reuniões realizadas.”

(Conselheiro Governo 1, Conselheiro Governo 2)

“Falta de tempo e a participação em vários conselhos, atrapalham um bom desempenho.”

(Conselheiro Governo 4)

Dos registros de observação anotados em diários de campo, também foram extraídos fragmentos elucidativos dessa questão:

“O Secretário de saúde pediu para os conselheiros não faltarem às reuniões, ao que os conselheiros responderam que foi a secretaria que desestimulou as reuniões com as mudanças de datas, reuniões frustradas, viagens perdidas (o conselheiro U 01 que mora na serra disse que já deu quatro viagens perdidas, só esse ano).”

(Observação na reunião do CMS em 07/04/04)

“A reunião que estava prevista para o dia 28 de abril, não aconteceu, ficaram os conselheiros no corredor da secretaria esperando o secretário, que não apareceu, algum tempo depois foram informados que o secretário estava em outra reunião e que seriam comunicados posteriormente de uma nova data.”

(Registro de observação de 28/04/04)

“Em janeiro, fevereiro e março houve mudança na data das reuniões”

(Registro de observação)

“Em maio, junho, julho, agosto e setembro não houve convocação para a reunião do CMS-Icó”

(Registros de observação)

“Quanto ao Regimento interno, fui informada pela secretária do secretário municipal de saúde, que está desaparecido há mais de 3 anos.”

(Registro de observação em fev/2004)

A “permeabilidade”, capacidade do conselho de operar como uma caixa de ressonância dos problemas da sociedade, envolve o estabelecimento de canais de recepção das demandas sociais, com o intuito de identificar as demandas locais e as necessidades de saúde emergentes, para que estas possam ser dramatizadas e tematizados no interior do CMS e possam ser processadas pelos órgãos executores da política de saúde.

Para averiguar a possibilidade do CMS-Icó em se tornar permeável às demandas, foram incluídas, no instrumento de investigação, questões referentes à participação do conselheiro em organizações sociais e atividades sociopolíticas (ver Anexo III), a partir das quais foi possível concluir que os conselhos usuários demonstram maior participação em organizações sociais. Acredito que isso se deva, dentre outras coisas, ao próprio caráter institucional de representação nos

conselhos. Contudo, não somente a isto, pois eles demonstram também participação efetiva em atividades sociopolíticas como trabalho voluntário, mutirão, abaixo-assinado e reuniões políticas de grupos locais. Entre os conselheiros do segmento governo, 60% não estão vinculados a nenhuma associação e os 40% que possuem vínculo associativo são de natureza profissional, nos chamados conselhos de representação profissional. No geral, todos demonstraram ainda altas taxas de filiação partidária e um bom nível de informação e atualização sobre os acontecimentos políticos e sociais em geral.

Foi possível também confirmar a inserção dos conselheiros na comunidade a partir de seus depoimentos, em que ficou claro que eles trazem para o interior do CMS os problemas que afetam a comunidade:

“Sempre a gente discute, quando acontece as reuniões, todos que estão lá se manifestam [...] quando a coisa lá num ta boa ele reclama mesmo, e todos cada um dá a sua opinião.”
(Conselheiro Prestador Governo 3)

“[...] Um representante de uma associação, digamos [...] ele vem com as dificuldades do posto de saúde, traz suas dificuldades de acesso dos pacientes ao consultório odontológico, ou mesmo ao médico, ao enfermeiro, ou uma falta de medicamentos, falta de transporte, existe essa comunicação dentro da reunião do conselho [...]”
(Conselheiro Prestador Governo 2)

Entretanto, ficou claro também que a dramatização feita pelo conselheiro nem sempre é processada, absorvida, ou, utilizando-se um trecho de suas falas, não é “acatada pelo secretário”. Como se observa nos discursos abaixo:

“As reuniões [...] não são planejadas [pelos conselheiros], e sim, elas já vem com certo, certa escola, assim, a gente não temos uma decisão realmente firme dentro do conselho, porque vem mais pra gente avaliar e vê se aceita ou não aceita, mas normalmente são aceitadas.”
(Conselheiro Prestador Governo 2)

“Há a não aceitação do próprio gestor em não acatar aquela situação que o conselheiro colocou. Eu acho que ele deixa de ser democrático, pelo impedimento do próprio gestor de tentar fazer valer a situação do conselheiro.”
(Conselheiro Prestador Governo 2)

Uma outra questão, apontada por Brasil (1994), diz respeito à “*articulação*”, ou, à capacidade dos espaços coletivos de estabelecerem relação uns com os outros no campo da saúde e em outras áreas sociais. Dessa questão, as poucas conclusões a que pude chegar baseiam-se mais na falta de documentos, do que na análise destes. Acredito que, à exceção da articulação individual de cada conselheiro como foi visto no ponto anterior, não há uma articulação ‘do conselho’

com outros espaços coletivos, tendo em vista que não há nenhuma correspondência oficial do conselho que seja do conhecimento dos conselheiros, que tenha sido fornecida pela secretaria de saúde. Nesta, não foi encontrado também qualquer documento recebido dos Conselhos Locais, ou do Conselho Estadual ou Nacional de Saúde; tampouco da Comissão Intergestores Bipartite ou Tripartite, dos Conselhos de Secretários, Municipais e Estaduais de Saúde, ou de outras instituições da área de saúde, tais como hospitais e postos de saúde.

E, por último, um ponto considerado fundamental, diz respeito à “*visibilidade*”, ou à capacidade do CMS de estar na *cena pública*, quer dizer, um espaço em que atores, ações, acontecimentos e problemas sociais aparecem, alcançam visibilidade pública. A visibilidade deve ser caracterizada pela transparência das ações dos representantes, na criação de canais de comunicação com a sociedade, enquanto estratégia de co-responsabilização entre os sujeitos participantes. Para tanto, são fundamentais o acesso aos meios de comunicação e a criação de instrumentos que possibilitem a democratização das informações.

Analisando o aparecimento do CMS-Icó na cena pública, procurei saber como vem ocorrendo a divulgação das decisões tomadas pelo conselho (Anexo III). De acordo com os conselheiros, quase não há divulgação, e quando há, esta se dá em reuniões fechadas. Ainda procurou-se saber se o CMS-Icó realiza audiências públicas abertas à sociedade, ou reuniões descentralizadas nas comunidades (Anexo III), ou se buscou, por quaisquer outros meios, propiciar a discussão pública e as respostas foram sempre negativas, logo, não há visibilidade nas ações do CMS-Icó. O conselho não se coloca na cena pública e, portanto, não é visto pela sociedade como um espaço público democrático de construção coletiva para representação dos interesses sociais, ou seja, não é dotado de legitimidade pública.

Diante do quadro com que ora nos deparamos em que falta *autonomia*, *organicidade*, *permeabilidade*, *articulação* e *visibilidade*, o que se revelou foi um simulacro de participação, em que a sociedade faz de conta que existe um conselho, o secretário faz de conta que o consulta, os conselheiros fazem de conta que cumprem sua função, numa grande encenação.

Tudo isso demonstra a situação de violência a que são submetidos estes conselheiros - violência simbólica: da espoliação dos direitos e da privação do direito a ‘ser visto e ouvido por todos’; do direito a estar no mundo, esfera pública; do direito

a ser um ser político, de atingir a mais alta possibilidade da existência humana. Esses direitos são reservados a 'eles', ao 'pequeno grupo que toma as decisões', enquanto à grande maioria dos conselheiros cabe o papel não de atores, mas de platéia, convidados a assistir a encenação de um espetáculo no qual eles não podem interferir, podendo se manifestar apenas pelo boicote da compra de ingressos, que é ato de presenciar ou de faltar as reuniões, ou pela vaia, ao desabafar a um pesquisador.

4.3 Terceiro Ato - Um espaço para constituição de sujeitos/assujeitados?

Nesta sessão, procurou-se compreender até que ponto se pode assumir a participação no Conselho Municipal de Saúde de Icó como um fator educacional na promoção da cidadania, ou assumir o sentido inverso, a participação enquanto instrumento repressor na anulação do dissenso, de silenciamento; não excluindo outras possibilidades interpretativas, tendo em vista a complexidade do tema e o reconhecimento da natureza dialética do processo.

De acordo com Pateman (1992) e Gohn (2001), a natureza educativa do processo de participação é considerada pelos principais teóricos da teoria democrática: para Rousseau, a principal função da participação deve ser o caráter educativo que ela exerce sobre as pessoas, tornando-os, psicologicamente, mais abertos; John Stuart Mill também encara o caráter educativo de participação como eixo central, para esse autor, “quando o indivíduo se ocupa somente de seus assuntos privados, argumenta, e não participa das questões públicas, sua ‘auto-estima’ é afetada, assim como permanecem sem desenvolvimento suas capacidades para uma ação pública responsável” (Pateman, 1992). O nível local é, segundo Mill, o melhor lugar para a aprendizagem da participação, pois é nesse nível que ele aprende a se autogovernar e aprende sobre a democracia. Um outro teórico, G.D.H. Cole, também sustentava que seria apenas “pela participação em nível local [...] que o indivíduo poderia aprender a democracia” (Pateman, 1992). Para tanto, Cole sugeriu, já em sua época, a criação de uma série de instrumentos de participação em âmbito local. Já Aléxis de Tocqueville recomenda como caminho

para evitar o centralismo, o despotismo e o individualismo dos governos, a formação dos cidadãos, enquanto portadores de um caráter livre para a construção de uma nova ciência política, que tenha como base, educar a democracia, mediante a formação de homens independentes e capazes para o autogoverno. Segundo Gohn (2001), em Marx, a abordagem da participação é feita de forma intrínseca às categorias luta e movimentos sociais. Para esse autor, somente através do processo de luta social, para a transformação das condições sociopolíticas e culturais, o homem encontrará sua verdadeira essência. E, por último, Paulo Freire, para quem participar é:

Participação na criação do conhecimento, de um novo conhecimento, participação na determinação das necessidades essenciais da comunidade, participação na busca de soluções e, sobretudo, na transformação da realidade. Participação de todos aqueles que tomam parte no processo de educação e de desenvolvimento. (Gohn, 2001)

Enfim, participação é uma idéia que move e promove as mudanças do homem no seu processo de encontro, de estar no mundo, e com o mundo, que é o grande processo de educação para a libertação ou para a autonomia, de acordo com Freire (1982).

Assim, conclui-se que o caráter educativo do processo de participação é eixo central, mas até que ponto ele vem sendo efetivado, viabilizado na prática do CMS-Icó? Até que ponto os sujeitos que participam estão se construindo como cidadãos independentes e capazes de autogoverno? Mas, até onde essas expectativas foram cumpridas? Até onde a instituição de milhares de conselhos tem contribuído para a constituição de sujeitos capazes de declarar suas insatisfações, de processar teorias para entender a realidade em que vivem e, ainda, de se mostrarem portadores e, às vezes, criadores de idéias, ou seja, de se mostrarem sujeitos e não assujeitados no processo político? Para que essas questões venham à luz, é preciso iluminar os espaços concretos onde vêm ocorrendo as experiências de participação cidadã.

São essas questões que procurei investigar e sistematizar nessa sessão. Para tanto, num primeiro momento, elencou-se o discurso dos conselheiros, do qual é possível estabelecer que eles estão caminhando para se constituir enquanto sujeitos nesse processo de participação, tendo em vista a capacidade expressa pelos conselheiros, em sua fala, de questionar, de reivindicar e de propor soluções

para os problemas de saúde em nível local. Os fragmentos abaixo foram extraídos da resposta dos conselheiros, quando questionados sobre a importância de sua função no CMS:

“Importante, porque posso interferir, gerenciar as decisões e deliberações dos recursos.”
(Conselheiro Usuário 12)

“Posso acompanhar as informações e aplicação dos recursos.”
(Conselheiro Usuário 13)

“O objetivo maior é fortalecer o processo de controle social do SUS.”
(Conselheiro Prestador Governo 2)

“Muito importante, porque contribuo na construção das propostas de solução dos problemas que afetam nosso município.”
(Conselheiro Governo 1)

“Cada conselheiro tem sua importância no conselho, e eu procuro sempre participar do processo com responsabilidade, pois as decisões relacionadas à saúde devem ser avaliadas com muito cuidado e ponderação”
(Conselheiro Governo 6)

“Sempre tento questionar, reivindicar e cumprir meu papel.”
(Conselheiro Governo 4)

Contudo, quando foram realizadas as entrevistas em profundidade, foi possível enxergar, através das brechas do discurso, a contradição, e mais uma vez se voltou à palavra interior, à necessidade de espreitar, por trás da fala, de buscar nas contradições do dizer, aquilo que é o principal e que não foi dito. Esse tipo de contradição se verifica nesse fragmento, dentre outros:

“Um representante de associação [...] vem com as dificuldades [...] traz as dificuldades de acesso dos pacientes ao consultório odontológico, ou mesmo ao médico. Existe essa comunicação dentro da reunião do Conselho, cada um mostrando sua dificuldade, questionando qual o meio mais viável para poder solucionar esses problemas [...] sempre existe esse debate [...] Mas há a não aceitação do próprio gestor, ele não acata aquela situação que o conselheiro colocou, eu acho que ele deixa de ser democrático, pelo impedimento do próprio gestor de tentar fazer valer a situação do conselheiro.”
(Conselheiro Prestador Governo 2)

É possível concluir, pelo discurso dos conselheiros, o quanto esse fragmento é emblemático, pois há um silêncio atravessado nessas falas, há algo que não pode ser dito, e, a partir dessa conclusão, procurou-se identificar fragmentos do discurso que pudessem ser reveladores do que veio a ser silenciado, tais como os seguintes:

“O conselheiro X mostrou-se muito desconfortável em preencher o questionário, negou-se a dar entrevista e teceu o seguinte comentário: tomara que eu não seja preso com estas pesquisas de vocês.”

(registro de observação de entrevista agosto/2004)

“Os conselheiros Y e Z recusaram-se a participar da pesquisa, com ‘medo de ser prejudicado’.

(registro de observação, agosto/2004)

“O Conselheiro W, durante a entrevista, pediu, várias vezes, para desligar o gravador e me respondeu a pergunta, em seguida ele reformulava a resposta a ser gravada, maquiando aspectos de sua fala, chegou a responder que existe uma ação deliberada no sentido de desestimular os conselheiros, quando se marca a reunião e “eles” não aparecem, desmarcam de última hora e ninguém fica sabendo, em outro trecho, ele afirma que o conselho é feito para não funcionar; para não decidir e afirma que ‘os conselheiros são reféns do secretário’.

(Registro de observação em entrevista agosto/2004)

“Eles botavam a gente como testa-de-ferro pra os problemas que tinha.”

(Conselheiro Prestador Governo 2)

“A escravidão terminou oficial, mas, na prática, não, é o poder político que manda.”

(Conselheiro Usuário 2)

“Precisa ser um conselho que a pessoa tenha voz, que adianta a pessoa ter um conselho só pra consultar, eu consulto e faço o que eu quero, [...] eu não tenho voz, a minha voz não diz nada.”

(Conselheiro Usuário 3)

“Eu conheci Icó ainda no tempo de Dr. Nilton era uma ditadura, como é hoje [...]”

(Conselheiro Usuário 11)

Esses fragmentos deixam transparecer a associação que os conselheiros fazem do regime político sob o qual vivem como ‘ditadura’, ‘escravidão’ e revelam o seu ‘medo’ de serem ‘presos’ ou ‘prejudicados’ se vierem a falar, e ainda denunciam a sua condição de ‘testas-de-ferro’, e, ao mesmo tempo, ‘reféns’ do ‘poder político’, que é ‘quem manda’, e é também quem lhes retira a ‘voz’ que passa a não dizer nada.

Nesse sentido, questionou-se a função educativa dessa participação, que nem de longe parece ser uma educação para a autonomia ou liberdade, mas, assemelha-se à educação bancária descrita, por Freire (1984b), que, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da cultura do silêncio, mantêm e estimula a contradição educador/educando, que é refletida em princípios como: o educador é o que pensa, os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra, os educandos, os que escutam docilmente; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe, antagonicamente, à liberdade dos educandos; que devem se adaptar às determinações daquele; e, finalmente, o

educador é o sujeito do processo, os educandos meros expectadores (Freire, 1984b, p. 65-68). O seu oposto seria uma educação problematizadora que conduza o fim da alienação e do ocultamento do real, que possibilite a conquista da liberdade, mediatizada pelo diálogo, e possibilitada pela compreensão que “educação é um ato de amor, por isso de coragem, não pode temer o debate, a análise da realidade, não pode fugir da discussão criadora, sob pena de ser uma farsa” (Freire, 1984a: 96).

Assim, a questão central deste tópico foi reformulada: que tipo de educação vem sendo efetivada nos espaços coletivos como se pretende o CMS? No CMS-Icó, certamente, não há uma educação problematizadora, sua prática educativa está mais próxima daquela educação bancária, nos dizeres de Freire (1984b), ou da educação ‘controle’, para que as ‘massas’ subam ‘corretamente’ ao palco da história, nos dizeres de Chauí (1993).

Contudo, mesmo considerando essas limitações, foi possível constatar, ainda que de forma incipiente, que os conselheiros vêm ‘tentando’ efetivar a representação pública dos interesses de setores populares. Se a tradição autoritária do Estado brasileiro ainda é forte a ponto de ignorá-los, travestindo a ação de um espaço público em farsa, por outro lado, esses atores/conselheiros vêm demonstrando um talento ao encenar uma consciência trágica, que, em seu sentido originário, tal como revelada pela tragédia grega,

Não é aquela que se debate com um destino inelutável, mas, ao contrário, aquela que descobre a diferença entre o que é e o que poderia ser e que por isso mesmo transgride a ordem estabelecida, mas não chega a constituir uma outra existência social, aprisionada nas malhas do instituído. Diz sim e diz não ao mesmo tempo, adere e resiste ao que pesa com a força da lei, do uso e do costume e que parece, por seu peso, ter a força de um destino. (Chauí, 1993, p. 178)

E é nesse jogo de aderir e resistir que os conselheiros de saúde vêm construindo sua prática, isolados da sociedade que lhes pariu e, em seguida, abandonou. Têm sua ação marcada pelo silêncio, pelo ocultamento, pela aceitação da ordem, único caminho possível para ter acesso ao ingresso e passar a fazer parte do espetáculo. Uma vez lá dentro, começam a ‘espionar’ para, em seguida, ‘tentar’ subverter a ordem [...] mas, por enquanto, eles estão na tentativa e não vão revelar seus planos, se é que há algum, pois o segredo/silêncio é alma do negócio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em boa medida, a democracia é um jogo de poderes e contra-poderes: sua natureza é dada pela intervenção de sujeitos organizados. Trata-se de uma construção que depende de correlação de forças, de capacidades organizacionais, técnicas, políticas e intelectuais, e que não vive fora do conflito, do confronto constante entre as partes e os poderes. Toda democracia é forma (instituição, regras) e movimento, silêncio e ruído. Em seu coração, pulsa uma aposta: a de que é possível mudar o modo de vida e de decisão, deslocar hegemonias e fundar novos pactos. Na metáfora do teatro, ela afirma ser possível que a platéia domine a cena e vincule o palco a si.

Nogueira, 2001, p. 126

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo, foi possível observar que a análise dos Conselhos Municipais de Saúde enquanto Espaço Público Democrático, demonstra grande vitalidade e atualidade, além de um grande poder explicativo de fenômenos sóciopolíticos que vêm ocorrendo na sociedade brasileira, em especial, após 1988.

Ribeiro (1994), como exemplo, descreveu o fenômeno da privatização do público e da destituição da fala que ora se verifica nos espaços coletivos como o CMS, no qual forças políticas conservadoras vem agindo no sentido de manipular a identidade dos participantes desses espaços para colocar em cena interesses que não são necessariamente públicos, mas estatais, e retirar-lhes, através das relações clientelistas pré-estabelecidas, o poder de contestação. Na ação referida, estão presentes as relações de dependência, tutela, concessão, autoridade e do favor, fazendo da violência simbólica, mascarada pelo paternalismo e clientelismo, a regra da vida econômica-social.

Não obstante, há limitações analíticas desse fenômeno que podem levar à superestimação do seu poder, se não levar-se em conta que o mesmo se encontra num processo de desconstrução/reconstrução numa realidade bastante complexa. Não se pode, por exemplo, apagar da memória as lutas contra a destituição e a privatização do público, nem esquecer dos seus erros e acertos, que tem sido travadas pelos movimentos sociais que se colocam à margem do Estado, e de onde, travam sua batalha para torná-lo mais permeável às demandas da sociedade; igualmente, não se pode obscurecer a capacidade que o Estado autoritário, centralizador, ineficiente, corrupto e iníquo tem de se reproduzir em novas estruturas, mesmo aquelas desenhadas para a democracia.

O que se buscou aqui foi identificar, nas experiências concretas, fragmentos de uma ação dialógica e verificar como a categoria espaço público democrático, além de constituir-se num marco orientador importante para a ação política, pode desempenhar função analítica relevante.

Torna-se necessário acentuar os elementos que delimitam o conceito, como foi feito no tópico 1.2, cujas implicações analíticas se evidenciam no estudo

ora concluído: pluralidade dos atores, publicidade das ações e discursos, representação de interesses coletivos, autonomia em relação ao sistema político e liberdade ou espontaneidade nos processos de formação de opinião. O conjunto desses elementos dá sentido ao conceito de Espaço Público Democrático.

Nesse sentido, o papel exercido pelos Conselhos de Saúde deveria ser relevante para tematizar e publicizar questões vividas no cotidiano pelos diversos atores do campo da saúde. Os usuários com suas dificuldades de acesso aos serviços de profissionais, aos medicamentos, ao transporte para aqueles que moram na zona rural, dentre outras. Os profissionais com suas dificuldades acentuadas pela instabilidade da situação trabalhista. E o governo com sua histórica dificuldade de administrar os recursos escassos para necessidades cada vez maiores. Através do debate público levam as autoridades aos compromissos em dar-lhes respostas mediante leis e políticas públicas. Trata-se pois de um novo arranjo de democracia que passa a ser não somente representativa, mas, ao permitir a inclusão de setores da sociedade civil, que diretamente implicados no caso passam a fazer parte, ao denunciar as dificuldades, propor soluções e fiscalizar a execução das mesmas, através da criação de canais permanentes de interlocução entre sociedade e Estado, como no caso dos Conselhos de Saúde, passa a ser também uma democracia participativa.

Entretanto, estudos como o de Arretche (2002) vêm mostrando que, diferentemente de outros países como os do sul da Europa, que estão aumentando seus níveis de proteção social, porque as políticas sociais estão no centro dos mecanismos de legitimação política desses Estados, no Brasil, as políticas sociais não estão no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos, que passam muito mais pela política da troca de favores, da lealdade, da caridade dos governantes, o que confirma o caráter populista e a natureza antidemocrática do Estado brasileiro, historicamente impermeável às pressões e necessidades das classes populares.

Com o processo de Descentralização do Setor Saúde e o repasse de algumas atribuições ao poder local, antes assumidas pelo poder central, devido à insuficiência dos recursos humanos e financeiros e à busca da efetivação do direito à saúde por parcelas cada vez maiores da população, verifica-se uma crise na saúde. E para legitimar tal política e sufocar a crescente insatisfação popular, é

preciso envolver a sociedade local, o que foi feito, criando-se mecanismos de participação instituídos de cima para baixo.

Em alguns lugares, em que a sociedade já se organizava de forma autônoma, criando seus próprios espaços de participação, em que os laços de dependência da população em relação ao poder político eram mais frouxos, foi possível uma utilização crítica daqueles mecanismos para redefinir políticas, propor alternativas, uma melhor aplicação dos recursos e denunciar abusos ou omissões das autoridades. Por outro lado, naqueles lugares nos quais os laços de dependência, em relação ao poder político, eram muito fortes a tal ponto de não permitir a organização autônoma da sociedade, a utilização desses mecanismos de participação é precária e enfrenta obstáculos que vão desde a falta de capacitação para a ocupação desses espaços; o descrédito da população em relação a política; e as atitudes clientelistas e elitistas das autoridades locais.

Contudo, algumas estratégias vêm sendo utilizadas pelos conselheiros e divulgadas por pesquisadores com o objetivo de prevenir os riscos de manipulação e teatralização desses espaços, entre elas estão a 'visibilidade' e a 'articulação', que consistem em levar a discussão para a cena pública e arregimentar aliados. Essas podem ser estratégias para a criação de espaços públicos autônomos, nos quais as políticas e projetos possam ser discutidos e o risco do fortalecimento das elites que acarretam prejuízos ao processo democrático, é minimizado.

No caso da participação em Icó, esta pesquisa possibilita concluir que há, na verdade, uma pseudo-aceitação por parte dos grupos que tradicionalmente foram os "donos do poder", da inclusão de novas parcelas da população aos mecanismos decisórios, através desses novos arranjos institucionais, os conselhos. Entretanto, uma vez posta em prática a experiência, esses grupos usam e abusam do seu poder sobre os bens públicos (hospitais, escolas, creches, empregos dentre outros) para colocar nesses espaços somente pessoas com quem possam manter uma relação de dominação. A subserviência dessas pessoas fica clara quando se analisa a situação trabalhista dos conselheiros usuários que também são servidores públicos municipais, pois são contratados, já os prestadores de serviço ocupam 'cargo de confiança', situação que se repete entre os representantes do governo. Logo, todos mantêm uma relação de dependência dos favores e da caridade do gestor, o que lhes coloca numa situação de vulnerabilidade frente aos interesses daquele, e

impossibilita o exercício da liberdade do conselheiro, condição *sine qua non* para seu ingresso na esfera pública.

Entretanto, foi possível compreender que há uma consciência desse processo por parte de muitos conselheiros e uma batalha silenciosa vem sendo travada no intuito de inverter os papéis. A busca por capacitação, a reclamação constante da falta de infraestrutura necessária, a clareza das dimensões e limites que caracterizam a participação cidadã mostraram que os conselheiros começam a buscar, embora, sem disporem de forças suficientes, mudar essa situação. E persistem entre erros e acertos, na busca de caminhos e alternativas de uma efetiva participação cidadã. Sem perder a esperança jamais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU EL HAJ, J. e AQUINO, J. A. de (Org.) **Estado cidadania e políticas públicas**. Fortaleza: Editora UFC, 2002. (Série Percursos)

ACIOLI, M. D. e CARVALHO, E. F., Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (Sup. 2): 59-68, 1998.

ANDRADE, C. D. de. **Poesia completa**. [s,l]: Nova AGUILAR, 3 ed. 2002.

ARATO, A.; COHEN, J. **Sociedade civil e teoria política**. In: AVRITZEL, L. (org.) Sociedade civil e democratização. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 1999.

ARRETCHE, M. **Relações federativas nas políticas sociais**. In: Educação e sociedade. Campinas, V. 23, n. 80, p. 25-48, setembro/2002.

ASSIS, M.M.A. **As formas de produção dos serviços de saúde**. O público e o privado. Ribeirão Preto-SP, 1998. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Revista Lua Nova**. n° 50,2000.

_____. Teoria crítica e teoria democrática. **Novos Estudos CEBRAP**; São Paulo. N° 53, p. 167-188, mar. 1999.

BAREMBLIT, G.F. **Compêndio de análise Institucional e outras correntes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BESSER Pereira, Luiz Carlos. **Crise econômica e Reforma do Estado na Brasil**-para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Editora 34, 1996.

BÓRON, A. **A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal**. In: SADER, E. e GENTIL, P.. Neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

BOSCHI, R. R., Descentralização, Clientelismo e Capital Social na Governança Urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. **Revista Dados**, v. 42, n. 4. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL, R.W.N.. **O Conselho Municipal de Saúde de Baturité**: participação popular e controle social, Fortaleza, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 182, de 20 de set., p. 18055-18059, 1990a.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 2498, de 31 dez., p. 25694-25695, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília: **IEC**, 1994. p. 29-37.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo seres humanos**. 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO, M. I. S., **Gestão democrática na Saúde: o potencial dos conselhos**. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (Orgs.) **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRUM, A. J. **O Desenvolvimento Econômico Brasileiro**. 21. ed. Ijuí – Petrópolis: UNIJUÍ - Vozes, 2000.

BRUNO, A. et al. **Os Pecados Capitais do Cambeba**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2002.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

_____. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. III, n. 1, p. 23-25, ABRASCO, 1998.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.

_____. Raízes teológicas do Populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados. In: DAGNINO, Evelina. **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

COHEN, J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: BOHMAN, J.e REHG, W. **Deliberative Democracy**. Mit Press. Cambridge.USA, 1997.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CORTES, S.M.V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. III, n. 1. ABRASCO, 1998.

COSTA, S. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 12, n. 35. São Paulo, fev. 1997.

_____. Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil: uma abordagem tentativa. In: **Novos Estudos CEBRAP**; São Paulo. n. 38.1994.

CUNILL GRAU, N. **Repensando o público através da sociedade**: novas formas de gestão pública e representação social. Tradução de Carolina Andrade. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP, 1998.

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, 1996.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1994.

FERNANDES, R. C. **Privado porém público**: o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FIORI, J. L. **O Consenso de Washington**. [on line] 1996, [citado em 03/03/2003] disponível: /http://www.google.com.br.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler**. São Paulo: Cortez/ass, 1982a.

_____. **Sobre a educação**. v.1 Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982b.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GERSCHMAN, S., **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GOHN, M. da G., **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. Coleção questões da nossa época; v. 84.

GUARINELLO, N. L., Cidades: estado na Antiguidade Clássica. In: PINSKY, J. e PINSKY, C. B. (Orgs.) **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

HABERMAS, J. **Dialética e hemenêutica**. São Paulo: L& PM, 1987.

_____. **Direito e democracia entre a factividade e a validade**. 2 v. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

_____. Soberania popular como procedimento: um conceito normativo de espaço público. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 26. São Paulo, 1990.

_____. Uma conversa sobre questões da teoria política. Entrevista a M. Carlehendem e R. Gabriels. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 47, 1997.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3. ABRASCO, 2002.

LAFER, C. **Hannah Arendt**: pensamento, persuasão e poder. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto**. 2 ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 1978.

LEHER, R. Reforma do Estado: o privado contra o público. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 203-229, 2003.

LIMA, I. de S.; SOUSA, M. E. de. **Princesa dos sertões**. Fortaleza: Tropical, 1996.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1986.

MARTINS, J. de S.. **O poder do atraso**: ensaios de sociologia da história lenta. 2. ed. são Paulo: HICITEC, 1999.

MARX, K. e ENGELS, F. Critique of Hegel's philosophy of right. In: MARX, K. e ENGELS, F. **Basic writings on politics and philosophy**. N. York. Doubleday Anchor Original, 1959.

MATUS, C. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. Tradução de Giselda Barroso Sauver. São Paulo: FUNDAP, 1996.

_____. **Política, planejamento e governo**. Tomo 1, Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, E.V. **O processo social de distritalização da saúde**. In: MENDES, E.V. (Org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo 2. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

_____. Hemenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Coleção criança, mulher e saúde.

MONNERAT, G. L. ; SENNA, M. de C. M. ; SOUZA, R. G. de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3., ABRASCO, 2002.

NOGUEIRA, M.A. **Em defesa da política**. São Paulo: Editora SENAC, 2001.

OLIVEIRA, J. A. e TEIXEIRA, S.F. **(im) Previdência social**: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

ORLANDI, E. P. **Discurso e texto**. Campinas: Pontes Editora, 2001.

_____. **As formas do silêncio**. Campinas: UNICAMP, 1992.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 13, p. 741-748, 1997.

RAMOS, C. L., Conselhos de Saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de saúde**: O público e o privado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

RIBEIRO, R. J. A política como espetáculo. In: DAGNINO, E. (org.) **Anos 90**, política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. O Público, o privado e a platéia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 maio 1992. Caderno "Mais"!, p. 4-6.

_____. **A sociedade contra o social: o alto custo da vida pública no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

SANTOS JÚNIORS, O. A. dos. **Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2001.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: HUCITEC, 2001. Coleção Saúde em Debate, n. 141.

SOARES, L. T.. **Os custos do ajuste neoliberal na América Latina.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002. Coleção Questões de Nossa Época, v. 78.

STEIN, E. Dialética e hemenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: HABERMAS, J.. **Dialética e hemenêutica.** São Paulo: L& PM, 1987.

STUDART, B. de. **Datas e fatos para história do Ceará.** Edição fac-símile, 1896. Fortaleza: Fundação Waldemar de Alcântara, 2001. Coleção Biblioteca Básica Cearense.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VALLA, V. V. Participação popular e endemias : uma nova conjuntura. **Cadernos de Saúde Pública.** 14 (Sup. 2): p. 4-5, 1998a.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública,** 14 (Sup. 2): p. 7-18, 1998b.

VAZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 19, n. 2. Rio de Janeiro, mar./abr. 2003.

VIANA, A. L. D. Desenho, modo de operação e representação de interesses do Sistema Municipal de Saúde e o papel dos Conselhos de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** v. III, n. 1. ABRASCO, 1998.

WENDHAUSEN, A. e CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 18, n. 6. Rio de Janeiro, nov./dez., 2002.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de Entrevista

ANEXO II
Legislação de Regulamentação do Conselho
Municipal de Saúde

ANEXO III

Formulário para Conselheiros

ANEXO IV
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO V
Foto de Reunião do CMS-Icó em abril de 2004

ANEXO VI
Parecer do Comitê de Ética

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título: Espaços Públicos Democráticos: uma leitura a partir do Conselho Municipal de Saúde.
2. Justificativa e objetivos: o objetivo da investigação do presente estudo é a possibilidade de construção de espaços democráticos onde a formação de opiniões e vontades se dê através de um processo de diálogo, sem coerções ou imposições, e, se os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços que tem sua atuação pautada neste sentido. O interesse pelo tema advém de minha formação acadêmica enquanto historiadora e militante da saúde pública, ao observar nestes últimos dez anos o esforço de construção de uma sociedade democrática, e na saúde este movimento é traduzido em participação popular e controle social. Dessa forma a pesquisa tem por objetivo analisar a construção de espaços públicos democráticos, sublinhando-se o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, e de forma genérica, pelos atores da sociedade civil, em suas conexões com os demais atores locais, no município de Icó-CE, a partir da criação do CMS.
3. Procedimentos utilizados: Entrevistas contendo questão norteadora: como e por que você decidiu participar do Conselho Municipal de Saúde?
4. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes.
5. Questões éticas: os participantes terão acesso às informações e liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e serão assegurados, quanto ao anonimato e sigilo das informações. As informações coletadas no decorrer do estudo só serão utilizadas em favor da ciência que conduza ao bem estar da sociedade como um todo.

6. Dados do pesquisador:

Nome: Josefa Nunes Pinheiro

Endereço: Av. Dep. Paulino Rocha, 1001, Quadra Oeste, Bloco B, apto. 303.

CPF: 886062793-15.

Telefone: (85) 8815 2284

7. Dados do sujeitos da pesquisa:

Nome:

Data de Nascimento: ____/____/____.

Telefone: _____.

Endereço:

_____.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____
declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e que entendi o que me foi explicado, logo, concordo em participar da presente pesquisa. Concordo também, que minha entrevista seja gravada.

Fortaleza, em _____, _____, 2004.

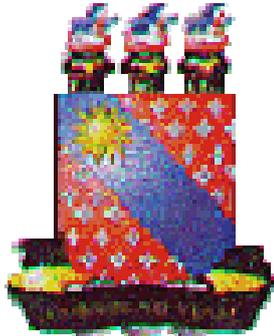
Entrevistado

Pesquisador

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Fale um pouco de sua experiência como Conselheiro Municipal de Saúde?
- Fale um pouco sobre a definição dos assuntos, das pautas das reuniões do CMS?
- Como você analisa as funções do Conselho Municipal de Saúde?
- Que fatores você acredita que estão interferindo no cumprimento dessas funções?
- De acordo com o seu ponto de vista, o segmento que você representa está satisfeito com sua atuação no CMS? Porque?
- Fique a vontade para acrescentar qualquer informação ou comentário sobre o Conselho municipal de Saúde.





Universidade Estadual do Ceará
Josefa Nunes Pinheiro

ENTRE A CENA E A ENCENAÇÃO PÚBLICA:
A POSSIBILIDADE DE CONSTITUIÇÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMO ESPAÇO PÚBLICO DEMOCRÁTICO

Fortaleza-Ceará
2005