



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lucia Conde de Oliveira

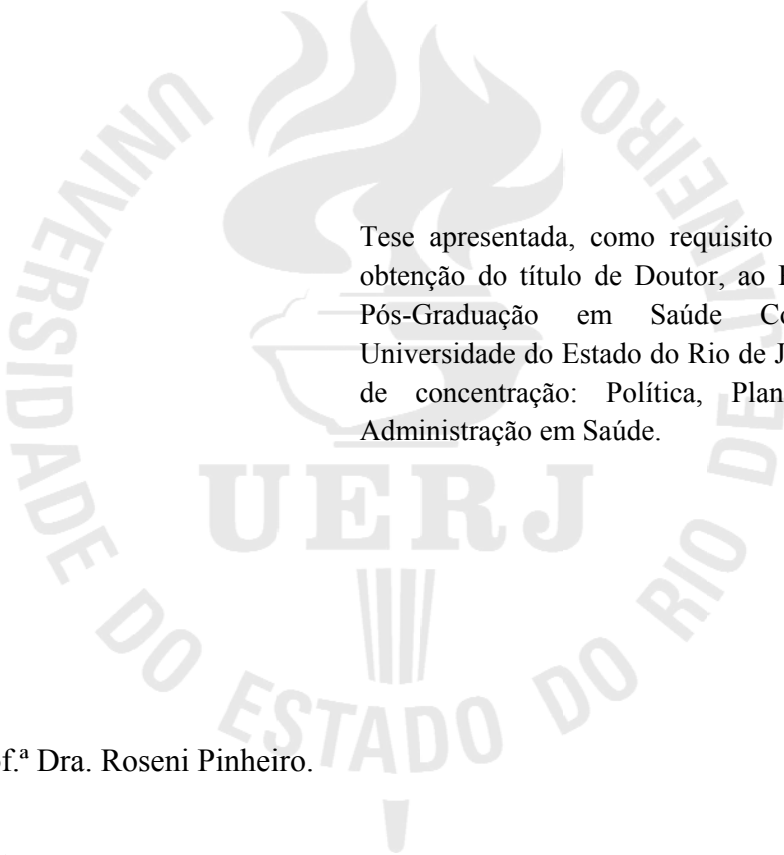
As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro

Rio de Janeiro

2006

Lucia Conde de Oliveira

**As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política:
um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

O48 Oliveira, Lucia Conde de.

As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no nordeste brasileiro / Lucia Conde de Oliveira. – 2006.
258f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Conselhos de saúde – Teses. 2. Cultura política – Teses. 3. Participação política – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.008.4

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Lucia Conde de Oliveira

**As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política:
um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 17 de outubro de 2006.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Madel Terezinha Luz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes
Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFRGS

Prof. Dr. Alcindo Ferla
Escola de Enfermagem – UFRGS

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

A Levi, André e Davi pelo amor e compreensão .

AGRADECIMENTOS

O processo de produção de uma tese é um trabalho que conta com a participação de vários sujeitos e nesse caminhar muitas pessoas me ajudaram. Mencionar o nome de todos poderia incorrer no esquecimento de alguém. Por isso agradeço àqueles que direta ou indiretamente contribuíram com essa produção. Entretanto, gostaria de lembrar algumas pessoas em particular.

Ao Levi, pelo amor, dedicação, contribuição nas reflexões teóricas e paciência em assumir as obrigações domésticas, deixando-me mais livre para produzir este trabalho.

Aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza que se colocaram disponíveis para participarem da pesquisa e sempre me acolheram com consideração.

À Roseni Pinheiro, pela orientação dedicada e fundamentada, a qual muito contribuiu para o bom desenvolvimento da tese.

Aos professores do IMS, por proporcionarem estudos e reflexões para o aperfeiçoamento da minha formação, em especial o Prof. Ruben Mattos, por seu exemplo de responsabilidade, competência e acolhida amiga.

Aos colegas do doutorado Ilvana, Maia, Nádia e em especial Marlene, parceiros nos estudos, reflexões teóricas e na solidariedade.

Às Irmãs de Santa Teresa da Clínica de Terapias Holísticas, que me receberam e proporcionaram um espaço acolhedor, propício para a redação da tese e ainda cuidaram das dores que surgiam provocadas pelos longos períodos de trabalho nas leituras e no computador.

RESUMO

OLIVEIRA, Lucia Conde de. *As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro*. 2006. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

A Constituição federal e a Lei 8.142/90 definem a participação da comunidade como condição necessária para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal definição constitucional surge no processo de luta pela democratização do país e pela universalização dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. Todavia, esse processo de democratização tem significado mais a adoção de procedimentos democráticos para organização do sistema político do que uma efetiva democratização das relações sociais pautadas pelos valores democráticos de igualdade e justiça social. No Brasil, a relação entre Estado e sociedade tem sido mediada por uma cultura política marcada pelo autoritarismo, patrimonialismo, clientelismo e o favor. Com o processo de democratização, na década de 1980, emergem elementos de uma nova cultura política adjetivada como democrática – orientada pelos valores da autonomia, igualdade, solidariedade e justiça – que passa a coexistir com a velha cultura. O objetivo geral deste estudo é analisar as práticas de participação presentes no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Fortaleza, no período de 1997-2005, e sua relação com a cultura política local. Para tanto partiu-se do principal pressuposto teórico: as práticas de participação exercidas nos conselhos de saúde inauguram uma nova institucionalidade que inclui novos sujeitos sociais – os usuários – na esfera pública, com as quais o processo de democratização amplia essa esfera, criando visibilidade para identificar o confronto entre a cultura política tradicional e a cultura política democrática. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: a análise documental, a observação participante e a entrevista semi-estruturada. A partir das diferentes evidências observadas no material empírico, identificou-se na análise dos dados a predominância da cultura política tradicional do autoritarismo e cooptação nas relações entre o poder público municipal e os representantes da sociedade civil; e entre os conselheiros a tensão se manifestava na não-observância dos procedimentos democráticos, como eleições periódicas, respeito à lei e ao regimento que regula o funcionamento do CMS e no encaminhamento dos conflitos e disputas políticas. Quanto às práticas de participação, manifestaram-se de forma contraditória e dialética em ações caracterizadas pela crítica, denúncia, reivindicação, com poucas ações propositivas e na maioria das vezes tendo seu poder deliberativo desconsiderado pelo gestor. A condução política do conselho muitas vezes foi questionada, ocasionando crises de hegemonia e gerando conflitos e disputas pelo poder. A partir da análise desses conflitos e disputas políticas entre os grupos no interior do Conselho, tornou-se possível realizar uma leitura metódica acerca do confronto entre a cultura política tradicional e a democrática no CMS, constatando-se a predominância da primeira sobre a segunda. Por fim verificou-se o protagonismo do Ministério Público na resolução dos conflitos, em detrimento da força do melhor argumento. Em que pese a recorrente tutela do Ministério Público, foi pavimentado um caminho de “resistências”, ainda que minoritárias, contra a cultura política tradicional, cujas práticas de participação apresentam elementos constituintes para a sua transformação.

Palavras-chave: Conselhos de saúde. Participação política. Democracia. Cultura política.

ABSTRACT

The Federal Constitution and Act 8142/90 define community participation as important condition for the functioning of the Unified Health System (SUS). This constitutional definition arises from the fight for the country's democratization and for the universalization of social rights, including the right to health. However, this democratization process means the adoption of democratic procedures to organize the political system than an effective democratization of social relations based on democratic values of equity and social justice. In Brazil the relation between State and society has been mediated by a political culture marked by bossiness, inheritance, clientelism, and favor. With the democratization process, in the 1980's, elements of a new political culture called democratic arose - guided by values as autonomy, equity, solidarity and justice - which start to exist along with the old culture. The general aim of this study is to analyze the participation practices in the Municipal Health Council (CMS) of Fortaleza, from 1997 to 2005, and its relation with local political culture. We departed from the main theoretical view: participation practices developed in health councils created a new institutionalization that includes new social subjects - the customers - in the public sphere, with whom the democratization process enlarged this sphere, creating visibility to identify the confront between the traditional political culture and the democratic political culture. Research techniques were: documental analysis, participant observation and semi-structured interview. From the different evidences observed in empirical material, the data analysis identified the predominance of traditional political culture of bossiness and co-optation in relations among municipal public power and civil society's representatives; and among counselors tension arose from the negligence of democratic procedures, such as periodic elections, respect to law and to the act that rules the Municipal Health Council, and in the conduction of conflicts and political contests. Participation practices were manifested in a contradictory and dialectic way in actions marked by criticism, denouncement, claim, with few propositional actions and most of times being its deliberative power ignored by the manager. The political conduction of the Council was often questioned, generating crisis of hegemony, conflicts and fights for power. Based on the analysis of these conflicts and political fights among groups within the Council we could carry out a methodical reading of the confrontation between the traditional political culture and the democratic one within the Council, noticing the predominance of the first one over the second. At last the main role played by the Public Ministry to solve conflicts, to the detriment of the best argumentation. In spite of the recurrent protection of Public Ministry, a way of "resistances" was built, although in minority, against the traditional political culture, whose participation practices showed constitutive elements for its transformation.

Keywords: Health councils. Political participation. Democracy. Political culture.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	9
1	OBJETO DE ESTUDO, PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, REFERENCIAL METODOLÓGICO E OBJETIVOS DA PESQUISA	16
1.1	As práticas de participação e sua interface com a cultura política como objeto de estudo	16
1.2	Referencial e estratégias metodológicas	27
1.3	Desenvolvimento do trabalho de campo	33
1.4	Sistematização e análise dos dados da pesquisa	36
2	PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E POLÍTICA: POLISSEMIAS E IMBRICAÇÕES NO CONTEXTO ATUAL	38
2.1	A participação e sua institucionalização na sociedade brasileira	38
2.2	Democracia: entre representação e participação	57
2.3	A política e o poder	78
3	A CULTURA POLÍTICA, A SOCIEDADE CIVIL E OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO: OS NEXOS CONSTITUINTES DAS PRÁTICAS PARTICIPATIVAS NA LUTA PELA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	90
3.1	A cultura política: contribuições conceituais	90
3.2	Discutindo o conceito de sociedade civil	96
3.3	O “crescimento” da sociedade civil brasileira e os movimentos sociais	101
3.4	Os caminhos da participação na luta pelo direito à saúde	114
4	AS PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO E SUA INTERFACE COM A CULTURA POLÍTICA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: VELHOS E NOVOS VALORES EM CONFRONTO	125
4.1	Os conselheiros de saúde: sujeitos da pesquisa e sua trajetória	125
4.2	Breve resgate histórico do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza	131
4.3	A política de saúde em Fortaleza: a visão dos conselheiros	151
4.4	A democracia e algumas facetas da cultura política no Brasil contemporâneo	163

	na visão dos conselheiros	
4.5	Os significados da participação: entre os interesses particulares e os interesses coletivos	173
4.6	A política: repetição e decepção	181
4.7	As práticas de participação cotidianas no interior do Conselho: tecendo significados disputando o poder	192
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	234
	REFERÊNCIAS	245
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	259

APRESENTAÇÃO

No período de luta contra a ditadura militar – final da década de 1970 e início dos anos 1980 – emergiram na esfera pública vários movimentos sociais, de natureza sindical, de moradores das periferias dos grandes centros urbanos e outras por iniciativa da sociedade civil, que se colocaram como sujeitos na arena política, reivindicando direitos de cidadania (SADER, 1995; LUZ, 1991). Todavia, ao mesmo tempo em que a sociedade civil busca conquistar a universalização dos direitos sociais, o Estado brasileiro, em sintonia com o modelo neoliberal que começa a se instalar em muitos países do centro do capitalismo, também adota os ditames do capital internacional comandado pelos órgãos multilaterais, a expressar uma contra-reforma em relação aos anseios de parcela significativa da sociedade civil.

Há mais de três décadas, portanto, a sociedade civil brasileira vem-se mobilizando para modificar a tradição de autoritarismo e de profundas desigualdades sociais que mantém parcelas significativas da população à margem dos benefícios do desenvolvimento e da modernização em curso no país. Isso tem constituído um processo de democratização social, traduzido na prática como luta por direitos civis, políticos e sociais e mudanças institucionais com vistas à efetivação dos direitos conquistados.

Mesmo numa conjuntura internacional adversa, a promulgação da Constituição federal de 1988 significou um marco na trajetória de luta por direitos sociais do povo brasileiro. Conhecida como a Constituição Cidadã, estabeleceu a universalização de vários direitos, entre os quais o direito à saúde. Essa carta também definiu linhas estratégicas para possibilitar reformas no Estado, como a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade na gestão das políticas públicas.

Os anseios de participação de grupos organizados na vida política do país e no usufruto dos bens produzidos foram reprimidos em vários momentos da história (GOHN, 2001c). Além disso, a cultura política dominante tem funcionado como um condicionante dessa participação – cultura política é entendida aqui como um conjunto de crenças e valores que orientam os sujeitos nas suas relações políticas (BAQUERO, 2001).

Em vários níveis e processos, concretiza-se a conquista da participação. A Carta Magna brasileira estabelece o Estado Democrático de Direito e define que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (Parágrafo único do artigo 1º). Cria instrumentos de democracia direta como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular. Formula o princípio da participação na gestão das políticas públicas, regulamentado em leis complementares que estabelecem a criação de conselhos gestores de políticas públicas setoriais com participação paritária da sociedade civil. Desse modo, acena para o fortalecimento da democracia participativa. Todavia, as definições legais não são suficientes para garantir seu funcionamento, necessitando, portanto, da mobilização e organização de vários segmentos sociais para participar desse processo.

Na sociedade brasileira, o movimento social que mais avançou, tanto na determinação legal como na organização e sua operacionalização, foi o movimento pela Reforma Sanitária. A conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado surge no cerne das lutas pela democratização. Para continuidade da luta pela efetivação desse direito, o princípio da participação da comunidade inscrito no Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se fundamental em virtude da tradição brasileira de fazer leis que não são cumpridas (HOLANDA, 1995).

O preceito constitucional da participação da comunidade na organização do SUS gerou uma nova institucionalidade, criando conselhos de saúde em todos os níveis de gestão. Desta maneira, novos sujeitos políticos – os representantes de usuários do SUS – adentram a esfera

pública vocalizando demandas populares que historicamente não tem tido vez nem voz na elaboração da agenda das políticas públicas do país.

O termo *participação* tem vários significados, que implicam uma diversidade de práticas. Segundo os dispositivos legais que estabelecem a participação da comunidade nos conselhos de saúde, participação política é definida no sentido da deliberação sobre a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde.

Todavia, a operacionalização do princípio constitucional tem assumido formas muito variadas nas instâncias federativas, condicionadas pela dinâmica da sociedade civil, pela decisão política do gestor mais ou menos favorável a uma gestão participativa da política de saúde e pela cultura política local. Assim, a institucionalização da participação tem se desenvolvido no Brasil como um processo contraditório de conquistas e outorgas, suscitando inúmeros questionamentos sobre as práticas concretas.

Como observado, a exigência legal da participação da comunidade na organização da política de saúde provocou a criação dos conselhos de saúde em todo o país. A amplitude do fenômeno e o protagonismo dos conselhos na organização e no controle social da política de saúde justificam a iniciativa do estudo sobre as práticas de participação neles exercidas e as repercussões nos contextos social, político e institucional nos quais estão inseridos. Entendo que a inclusão de novos sujeitos sociais na esfera pública para decidir e influenciar a política de saúde se coloca como uma estratégia para alterar a relação entre o Estado e a sociedade civil na definição das políticas e contribuir para democratizar essa relação.

Desde o final da década de 1970, com a vivência nos movimentos sociais (estudantil, de bairro, sindical) de luta pela transformação social e/ou melhoria das condições de vida da população, meu interesse pelos estudos sobre a participação se aguçou. Nesses movimentos compartilhava-se a idéia de que a conscientização¹ e a participação seriam os instrumentos

¹ A idéia da conscientização presente no final da década de 1970 inspirava-se nos estudos e no método de alfabetização de Paulo Freire, dos anos 1960. Designava o processo de conhecimento desenvolvido pelos

fundamentais para a construção de uma sociedade mais humana, mais justa. Mas as esperanças construídas na década de 1980 se arrefeceram. E os anos 1990, apesar das conquistas de democratização, segundo alguns analistas, entre eles Cardoso (1994), trouxeram um refluxo de vários movimentos sociais, canalizando-se as esperanças para a luta institucional. Iríamos mudar o Estado com a luta pela sua democratização e a garantia de direitos de cidadania. Nesse cenário, um dos principais instrumentos era a participação da sociedade civil no interior do aparelho de Estado, por meio dos conselhos gestores de políticas públicas.

Meu interesse específico pela participação na saúde iniciou-se em 1992, quando ingressei no Hospital Geral de Fortaleza, por meio de concurso público, para trabalhar como assistente social no setor de emergência. Inicialmente, foi muito difícil atuar nessa área, conviver com a dor e a morte sem preparação específica para tal. Entretanto, o desafio de trabalhar nos serviços públicos de saúde me instigou a estudar a política de saúde e o espaço onde desenvolvia a prática profissional. Ainda em 1992, participei da I Conferência Municipal de Saúde e da Conferência Estadual, que além de avaliar a política de saúde no respectivo nível de governo, indicaram os delegados à IX Conferência Nacional de Saúde. Essa participação foi decisiva para marcar meu envolvimento com a saúde coletiva.

Outra razão para o aprofundamento teórico na área foi a experiência como professora no curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, a partir de 1997, onde ministrava a disciplina Seguridade e Serviço Social, na qual são estudadas as políticas de saúde, previdência e assistência social.

Ainda como marco na minha trajetória de participação no setor saúde, aconteceu minha eleição para conselheira no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. Em 1999, na

sujeitos numa relação dialógica, problematizando suas concepções da realidade num movimento de crítica para elaboração de uma nova síntese, sempre provisória. A conscientização, para Paulo Freire, significa também o sujeito assumir o compromisso histórico de denunciar e anunciar a possibilidade de construção de uma nova realidade.

diretoria do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), passei a participar como observadora das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, quando me candidatei a uma vaga para profissional de saúde no Conselho. Durante alguns meses, fiquei como suplente e, depois, com a ausência da titular, como efetiva, permanecendo como conselheira até março de 2003, quando solicitei afastamento para cursar o doutorado.

A vivência no Conselho Municipal aprofundou meu interesse pelos estudos sobre a participação e gerou muitos questionamentos sobre sua importância. Aquele espaço político possui diferentes significados: espaço de materialização de uma das formas de participação popular para quem se aventura na tarefa de fazer acontecer o controle social e influenciar nas decisões sobre a política de saúde; espaço de luta pelo direito à saúde. Aprendi muito a partir das pautas das reuniões, das informações provenientes do Ministério da Saúde, dos planos e projetos da Secretaria Municipal de Saúde e das reuniões das comissões. Pude, então, perceber o desafio representado pela participação do cidadão no controle social sobre as ações do Estado.

Por isso construí como objeto de estudo desta pesquisa as práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e sua interface com a cultura política local. As questões que orientaram o estudo foram: qual o entendimento dos conselheiros sobre a democratização do país? Como os valores democráticos são percebidos e se tornam referências para as práticas no espaço do Conselho de Saúde? Como a cultura política afeta as práticas de participação? Como se confrontam no interior do Conselho de Saúde a cultura política tradicional e a cultura política democrática construída nos movimentos sociais no processo de luta pela democratização no Brasil?

Quanto à organização desta tese, adotei o seguinte critério: no primeiro capítulo, apresento o percurso teórico-metodológico da pesquisa, problematizando o objeto de estudo, as escolhas teóricas e do instrumental técnico para coleta de dados. Em seguida descrevo de

forma sucinta o desenvolvimento do trabalho de campo e os procedimentos para sistematização e análise dos dados.

No segundo capítulo, resgato do debate teórico existente em torno das categorias de análise selecionadas como balizas para compreensão do fenômeno das práticas de participação no Conselho de Saúde, quais sejam: participação, democracia e política.

No terceiro capítulo, discuto a categoria *cultura política* e, em seguida, parto da redefinição do conceito de sociedade civil com base nas reflexões de Gramsci (1984 e 2000), Habermas (1988) e Avritzer (1994), fundamentais para a compreensão dos movimentos sociais no Brasil, em face da importante participação nas lutas pela democratização do país, pela conquista do direito à saúde e pela institucionalização da participação por meio dos conselhos de saúde. No final deste capítulo faço um breve resgate dos caminhos da participação na luta pela efetivação do direito à saúde.

No quarto capítulo apresento e analiso o material empírico a partir do perfil dos sujeitos entrevistados, suas visões sobre os contextos que funcionam como cenário e arena para as práticas de participação – respectivamente, o setor saúde do município e o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. Discuto também seus entendimentos sobre as categorias de análise: participação, democracia e política. Realizando a triangulação dos dados citados, com as observações desenvolvidas durante o trabalho de campo e os documentos selecionados, analiso as práticas de participação no interior do conselho e sua interface com a cultura política local.

E por último, elaboro as considerações finais sobre as práticas de participação com vistas a contribuir para o debate sobre o tema.

1. OBJETO DE ESTUDO, PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, REFERENCIAL METODOLÓGICO E OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1 As práticas de participação e sua interface com a cultura política como objeto de estudo

A Constituição brasileira, promulgada em 1988, foi fruto da luta de parcelas da sociedade civil pela democratização do país e trouxe importantes conquistas no campo dos direitos sociais – entre eles a universalização do direito à saúde – e políticos, com a diretriz da participação da comunidade na organização do SUS.

Tais conquistas se inserem no nosso arcabouço jurídico-institucional, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse direito deve ser garantido por meio de um sistema nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. Busca-se, com o cumprimento dessas diretrizes, romper com a tradição de centralização, autoritarismo e concentração de poder presentes na formulação e execução das políticas públicas do Estado brasileiro (TATAGIBA, 2002).

A participação da comunidade está definida na Lei 8.142/90, cujo artigo 1º determina a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, sendo seu funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios.

No mesmo artigo, está definido o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, parágrafo 2º da referida lei, enquanto a paridade dos usuários em relação aos demais segmentos consta do parágrafo 4º:

Parágrafo 2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Parágrafo 4º. a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

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

A institucionalização da participação da comunidade por meio dos conselhos de saúde, sendo sua criação e funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios, alavancou um processo de “cima para baixo” em muitos estados e municípios, induzido pelos gestores para a criação de conselhos, fundos e planos de saúde. Segundo Levcovitz (1997), surgem várias consultorias privadas, produzindo verdadeira “indústria” de planos de saúde e minutas de leis e decretos para a criação de conselhos e fundos de saúde. Em 1992, já existiam mais de 1.000 municípios que assinaram convênios de municipalização segundo a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/91. Para tanto cumpriam uma exigência básica: a formulação do plano e a criação do conselho e do fundo de saúde.

Dez anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Correia (2000) já registrava a existência de 5.200 conselhos municipais de saúde e 27 conselhos estaduais. Em 2001,

segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 5.560 municípios brasileiros 97,6% possuem conselhos municipais de saúde (IBGE, 2002). No documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002) é possível perceber que o número de conselhos continuou aumentando, como indicavam os seguintes dados: existiam 521 municípios brasileiros em Gestão Plena de Sistema Municipal e 4.917 em Gestão Plena da Atenção Básica. Entre os critérios para habilitação do município em qualquer nível de gestão estão a criação e funcionamento do Conselho de Saúde. Atualmente, o cadastro de conselhos realizado pelo CNS registra a existência de 5.563 conselhos municipais de saúde e 27 conselhos estaduais cadastrados, representando 100% das unidades da federação com conselhos de saúde (CNS, 2006).

Ainda em Conselho Nacional de Saúde (2002) foi apresentada uma avaliação do processo de luta na construção do SUS, destacando os vários atores envolvidos e fazendo um balanço do funcionamento dos conselhos. Conforme exposto, mais de 3.000 conselhos municipais apresentavam um funcionamento normal e regular, e 1.900 conselhos funcionavam de forma precária ou irregular, caracterizando um avanço na constituição dos conselhos e indicando um dado qualitativo em relação ao funcionamento.

A constatação do papel indutor de participação na Lei 8.142/90 e a atuação dos gestores na formação dos conselhos de saúde têm dificultado a afirmação desses conselhos como espaços de deliberação e de autonomia. A pesquisa de Santos, Piccolo e Wendhausen, citada em Wendhausen (2002, p.190) já identificava a criação de conselhos sem a iniciativa do movimento popular, contribuindo desta forma para pouca autonomia dos mesmos: “[...] constatamos que o conselho foi criado, no município estudado, muito mais por imposição governamental do que como reivindicação do movimento popular que, embora existisse, não era suficientemente organizado para tomar a frente dessa iniciativa”.

O protagonismo dos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a interferência dos prefeitos nos conselhos de saúde também são relatados por Abu -El-Haj (1999, p.54), quando apresenta o depoimento de uma Secretária Estadual de Saúde ao falar da formação dos conselhos de saúde no Ceará:

[...] de um modo geral os conselhos tendem a ser extremamente manipulados pelas prefeituras [...]. Isso é um processo cultural, isso depende muito de uma independência dos membros dos conselhos, quase sempre, de uma forma ou de outra dependentes do prefeito. Ou são funcionários dos prefeitos ou, quando eles são representantes da comunidade, eles precisam, para um projeto [...].

O fato de muitos conselhos terem sido criados por imposição do contexto de estruturação do SUS interfere no significado de uma real conquista no imaginário dos conselheiros. Deixa mais evidente a outorga, reforçada pela ingerência e/ou dominação dos gestores no funcionamento dos conselhos, principalmente para os conselheiros iniciantes que não conhecem a história da luta pela conquista do direito à saúde e da participação. Como ressalta Wendhausen (2002), a criação dos conselhos definida por mandato normativo tem contribuído para que muitos deles não funcionem efetivamente como instâncias deliberativas.

De acordo com Tatagiba (2002, p.55), muitas pesquisas têm demonstrado que os conselhos funcionam mais como fiscalizadores, no intuito de reduzir a possibilidade de transgressão pelo Estado, são porta-vozes das demandas populares e são mais reativos que propositivos, pela dificuldade de propor ações inovadoras, em consequência da “centralidade e protagonismo do Estado na definição das políticas e prioridades sociais”. O papel fiscalizador é importante, contudo o caráter deliberativo é mais radical quando se pensa na democratização das políticas públicas e na partilha do poder de decisão.

Todavia, as desigualdades e o autoritarismo presentes na sociedade se reproduzem no interior dos conselhos, e se manifestam como assimetrias de poder e de saber, refletindo-se nos processos de articulação, negociação e tomada de decisão no interior dos conselhos. O

alcance do poder deliberativo dos conselhos não pode ser afirmado ou negado de forma genérica, pois vai variar em razão de vários elementos. Entre eles, a proposta do governo de como conduzir a gestão das políticas públicas e a própria cultura política, como mostram as pesquisas de Pinheiro (1995) e de Soares Filho (1999).

A cultura política é um dos fatores que condicionam a participação política em determinada realidade, sendo vista ao mesmo tempo como causa e consequência do funcionamento do sistema político. Cultura política é uma mediação para compreender a relação entre os indivíduos e as estruturas políticas de uma dada sociedade, e essas relações são orientadas por crenças e valores (BAQUEIRO, 2001).

Como é notório, o processo de democratização no Brasil tem sido marcado por conflitos entre continuidade e renovação nas práticas dos atores políticos. Segundo Avritzer (1995), permanece a disputa entre duas culturas políticas distintas – uma cultura política tradicional e uma nova cultura democrática formada principalmente nos movimentos e organizações da sociedade civil. A transformação da cultura política requer a incorporação, pelos atores políticos, dos valores democráticos.

Na pesquisa de Soares Filho (1999) intitulada “A experiência de regulação pública do sistema local de saúde de Icapuí-CE: uma cidade constrói democracia”, o autor analisa o Conselho Municipal de Saúde durante a gestão do Partido dos Trabalhadores, que tinha uma clara proposta de administração democrática com participação popular. Suas conclusões são: o Conselho não funciona como o lugar de decisões importantes, traz problemas na qualidade da participação dos conselheiros, na legitimidade e, principalmente, na representatividade; os gestores aceitam a lógica da troca de favores nas negociações de atendimento de demandas para garantir base de sustentação político-partidária.

Essas conclusões vão ao encontro das análises de Pinheiro (1995) quando ela afirma que mesmo em administrações que têm como proposta incluir a participação popular nos

níveis de gestão de serviços são encontradas dificuldades em efetivá-la, em virtude da tradição política brasileira. “[...] o Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis sofreu (e sofre) influências das práticas políticas [autoritárias e patrimonialistas] desenvolvidas no país e dos interesses hegemônicos, levando em alguns momentos a se esvaziar [...]” (PINHEIRO, 1995, p.93).

Como constato em Oliveira (1996), o planejamento, execução e avaliação das políticas públicas têm se organizado de forma centralizada, setorial, fragmentada e imposta de cima para baixo. Contudo, a institucionalização dos conselhos gerou muitas expectativas no sentido da possibilidade de gestão democrática dessas políticas. Os conselhos representam uma inovação, na medida em que as políticas de saúde passam a ser discutidas publicamente e podem incluir as demandas da população usuária do SUS, com possibilidade de construir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil.

No entanto, várias pesquisas têm apontado que os limites e possibilidades de democratização na área da saúde estão diretamente interligados com o processo de democratização da sociedade brasileira. Por exemplo, a pesquisa de Silva (1998, p.157) ao analisar a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá -MT e as possibilidades de democratização da saúde constata seus limites no próprio processo de democratização da sociedade: “[...] a democratização da saúde deve ser o resultado da real democratização da sociedade, não só no âmbito das liberdades políticas, mas também no campo econômico e social”. Esses argumentos remetem à discussão que ultrapassa a concepção minimalista da democracia – adoção de procedimentos democráticos – para alcançar a democracia maximalista ou substantiva que aponte para a equidade e a justiça social (LIMA; CHEIBUB, 1995).

Nas pesquisas já referidas são apresentados fatores que dificultam a participação e o exercício do controle social – entre eles, o autoritarismo presente na sociedade e nas

instituições brasileiras e a assimetria de poder e de saber entre os conselheiros. Segundo Pinheiro (1995), Côrtes (1998) e Raichelis (2000), a cultura política é um elemento condicionante da participação política e do exercício do controle social. Corroboro essa assertiva e nesta direção conduzi esta pesquisa, procurando aprofundar os liames dessas relações. Nas palavras de Côrtes (1998, p.10): “Embora os conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros”.

A participação nos conselhos de saúde se insere num processo de luta pela democratização do Estado. Os estudos teóricos e a vivência nos movimentos e como conselheira me possibilitaram entender que esse processo é bastante complexo e envolve o aprendizado tanto dos gestores quanto da população participante, além da transformação das instituições e da cultura política.

A construção do objeto de estudo varia de acordo com o sentido do olhar que nos move em direção à realidade, bem como os valores que nos norteiam. As escolhas têm as marcas da minha trajetória social, política e intelectual. Minha inserção nos movimentos popular e sindical e a vivência como conselheira foram fundamentais para orientar as opções de investigação.

Nesse sentido, delimito o objeto da pesquisa às práticas de participação institucionalizadas, tomando como campo de investigação o cotidiano dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza no período janeiro de 1997 a agosto de 2005. Com as inquietações de pesquisadora cuja atuação integrava o objeto da pesquisa, empreendi o desafio de formular questões a partir desse recorte – as práticas de participação e sua interface com a cultura política – para orientar o estudo: qual o entendimento dos conselheiros sobre a democratização do país? Como os princípios democráticos são percebidos e se tornam

referências para as práticas no espaço do Conselho de Saúde? Como a cultura política afeta as práticas de participação? Como se confrontam a cultura política tradicional e a cultura política democrática no interior do Conselho de Saúde?

Para desenvolver a análise das práticas de participação no Conselho de Saúde, parti de alguns pressupostos teóricos que funcionaram como balizas para orientar a análise do material empírico coletado:

O primeiro pressuposto: a Constituição de 1988 vem inaugurar uma nova institucionalidade com a qual se abre um caminho para transformação dos paradigmas que orientam a intervenção do Estado no campo da política social, com particular destaque na política de saúde, na medida em que esse campo já acumula ampla experiência de luta e organização de movimento social. Entendo como nova institucionalidade em saúde a institucionalização da participação com a inclusão concreta de novos sujeitos na esfera pública – os representantes de usuários – que podem trazer para este âmbito expressões da lógica solidarista e os valores expressos nos movimentos sociais (TEIXEIRA, 2001). Nesse sentido, as diretrizes constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde desenharam os cenários dessa institucionalidade, sendo a criação dos conselhos de saúde e a integração destes à estrutura básica do órgão gestor do SUS em cada esfera de governo uma de suas expressões concretas.

O segundo pressuposto: os conselhos compõem a esfera pública, um espaço de encontro entre o Estado e a sociedade civil, no qual se exercem a participação política e a democracia como expressão da cidadania (RAICHELIS, 2000). A esfera pública é o espaço democrático onde os problemas sociais e as demandas da sociedade civil são tematizadas e podem ser incluídos na agenda política. Todavia, a institucionalização dos conselhos coexiste com as velhas estruturas da sociedade política e da sociedade civil brasileira, representadas pelas várias instituições existentes. Essas instituições como microcentros de poder gozam de relativa autonomia na forma de distribuir ou concentrar poder (LUZ, 1986).

O terceiro pressuposto: a existência de uma tensão entre uma cultura política tradicional arraigada e uma cultura política democrática. As crenças e valores que orientam e condicionam os sujeitos nas suas relações políticas ora se apresentam opostas, ora se apresentam conciliatórias, sobretudo quando se trata da defesa de interesses da coletividade ou de grupos específicos. A sociedade brasileira tem longa história de autoritarismo a marcar a socialização política dos cidadãos, com relações hierárquicas de mando e submissão, clientelismo e favor como forma de garantir lealdade, apropriação do público pelo privado, não reconhecimento dos direitos de cidadania (CHAUI, 1993; TELLES, 1994). Todas essas características se mantêm marcantes, especialmente no Nordeste, onde se concentra a maior proporção de pobreza e analfabetismo do Brasil e onde a influência do fenômeno do coronelismo foi mais duradoura.

Entretanto, a emergência dos movimentos sociais – movimento popular de saúde, movimento de luta contra a carestia – o crescimento e fortalecimento da sociedade civil e a luta pela democratização da sociedade e do Estado representam movimentos contra-hegemônicos e contribuem para a formação de uma nova cultura política, adjetivada como democrática. Essa cultura política democrática é identificada com as relações democráticas, de respeito à pluralidade, às diferenças, à noção de direito de cidadania e luta pela publicização do Estado (GOHN, 2001b). A esfera pública é o espaço onde os sujeitos políticos se confrontam. Nela há uma disputa entre essas culturas políticas.

Para aprofundar os pressupostos teóricos aqui apresentados, foram selecionadas categorias analíticas que nuclearam a análise dos dados. São elas: participação, democracia, política e cultura política. Como categorias polissêmicas, sua compreensão irá variar de acordo com o paradigma analítico adotado. O debate teórico em torno dessas categorias será apresentado nos capítulos dois e três deste trabalho.

Considerando o objeto deste estudo, a categoria analítica *participação* apresenta um leque de significados e sentidos atribuídos por diferentes pesquisadores que variam de acordo com os contextos e paradigmas de análise. O sentido de participação, como participação política na tomada de decisões e/ou influência sobre questões que dizem respeito à coletividade, definido por Dallari (1999), foi apreendido a partir da definição legal do caráter deliberativo dos conselhos de saúde, previsto na Lei 8.142/90.

Também a análise de Demo (1993) sobre a participação como uma conquista permanente dos sujeitos envolvidos nos processos participativos é significativa e reflete a realidade das práticas de participação dentro dos conselhos de saúde, como um vir a ser constante na busca de sua concretização.

Esses novos sentidos de participação entram em cena na sociedade brasileira nas décadas de 1970 e 1980, com a emergência de novos sujeitos sociais na esfera pública reivindicando o direito a ter direitos orientados pelos valores da autonomia, justiça e solidariedade (SADER, 1995); representam também uma forma de contestação dos modos tradicionais de fazer política. A categoria política presente neste trabalho tem conotações distintas: relações de força para a conquista e/ou manutenção do poder (MAQUIAVEL, 1999); vivência e valorização que atribuímos à comunidade dos cidadãos (LECHNER, 2004); e a construção do mundo comum (ARENDDT, 2001).

O modelo da democracia representativa é uma das formas de expressão de se fazer política colocada em xeque pelos novos sujeitos sociais. Portanto, para efeito desse estudo, a democracia não deve ser entendida apenas como método para organização da competição política, ou procedimento para tomada de decisões coletivas (BOBBIO, 2000). Ela deve ser vista também como forma de relação social entre os cidadãos e o Estado e dos cidadãos entre si, orientada por valores como liberdade, igualdade social e política, autonomia, pluralidade, solidariedade e justiça social.

É recorrente a afirmação de que a democracia representativa tem se mostrado insuficiente para agir na tomada de decisões para construir soluções para o enfrentamento dos problemas apresentados pela maioria do povo brasileiro. Diante disso, organizações da sociedade civil reunidas no Fórum Social Mundial têm reclamado a adoção de mecanismos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural capaz de garantir a ampliação da esfera pública e maior participação dos cidadãos na discussão pública e tomada de posições sobre as questões de interesse da coletividade (SANTOS; AVRITZER, 2002).

A participação dos cidadãos na formulação das políticas sociais e no controle social sobre as ações do Estado é uma ação política e um pressuposto do ordenamento democrático. Sua prática é fundamental para a democracia e a construção de uma nova cultura política.

Embora as regras jurídicas do jogo democrático sejam adotadas – eleições periódicas, sufrágio universal, existência de partidos políticos, liberdades políticas – tais regras não têm sido suficientes e eficazes para consolidar a democracia no Brasil. Esta pressupõe não só a liberdade, mas também a igualdade e justiça social, a inda distante de se concretizar na nossa realidade. Isto gera contradição na sociedade, um desencanto da maioria dos cidadãos em relação à democracia, sobretudo porque, no cotidiano, os cidadãos enfrentam o distanciamento entre a norma jurídico-política e a prática para o acesso e usufruto de bens e serviços produzidos socialmente, que são direitos de cidadania.

Esse distanciamento é particularmente evidenciado no caso da garantia formal do direito à saúde e sua efetividade para os usuários do SUS, que apesar dos avanços obtidos – ampliação de vários serviços, em especial, a atenção básica, o programa da AIDS, etc. – muitas vezes não tem a garantia do acesso e/ou resolubilidade com qualidade para solução dos problemas de saúde. Apenas a definição constitucional não assegura a prática efetiva para todos os cidadãos. É preciso, ainda, uma luta política para efetivação do direito e os conselhos de saúde podem ser espaços onde essa luta é travada.

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar as práticas de participação presentes no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e sua relação com a cultura política local. Para atingir esse meta proponho mais três objetivos específicos: a) apreender o entendimento dos conselheiros sobre a participação, a democracia e a política; b) identificar a trajetória dos sujeitos pesquisados – os conselheiros do CMS – e a relação dessas trajetórias com suas práticas de participação; c) identificar os elementos constitutivos da cultura política local e como estes repercutem nas práticas de participação na dinâmica de funcionamento do Conselho, no que concerne ao estabelecimento de conflitos, assim como suas resoluções na tomada de decisões sobre a política de saúde e gestão municipal do SUS.

1.2 Referencial e estratégias metodológicas

Inúmeros são os dilemas enfrentados pelo pesquisador. Eles começam na construção do objeto de estudo e na escolha de uma metodologia, compreendendo metodologia como o conjunto de teorias que irão fornecer luzes para a análise, o método, o instrumental de coleta de dados e a criatividade do pesquisador (MINAYO, 1996). É necessário haver coerência entre o percurso teórico-metodológico, as questões levantadas e os resultados alcançados.

Neste estudo tentei apreender o movimento dos sujeitos singulares em determinada estrutura social e institucional, ou seja, suas práticas, como esses sujeitos compreendem essa realidade e como tal compreensão (cognitiva, afetiva e valorativa) orienta suas práticas e possibilita escolhas e tomadas de decisões. Busquei compreender a estrutura social e institucional onde eles se movem, suas variações conjunturais e o entendimento dos sujeitos e suas práticas no contexto que os condiciona. Como afirma Arendt (2001), a ação do sujeito é “livre”, mas não uma liberdade plena, e sim condicionada pelas estruturas sociais, como também pela própria condição humana.

Embora os sujeitos nasçam inseridos em dado contexto histórico que os condiciona, cada sujeito é singular e irrepetível (HELLER, 1989; ARENDT, 2001). Para Arendt (2001), em cada nascimento surge um novo homem que agirá de forma singular, construindo novos significados, não como uma subjetividade isolada, mas na relação com outras subjetividades, isto é, na intersubjetividade (HABERMAS, 1988), dentro de uma objetividade histórica que trará sempre acontecimentos novos. O novo sempre acontece à revelia da esmagadora força das leis estatísticas e de sua probabilidade, que, para fins práticos e cotidianos, equivale à certeza; assim, o novo sempre surge sob o disfarce do milagre (ARENDT, 2001, p.191).

Aprender as singularidades expressas no discurso e na ação dos sujeitos dentro de uma particularidade determinada não visa a descobrir leis ou regularidades, mas compreender os sentidos conferidos pelos sujeitos à sua ação, que constrói o mundo humano de determinada forma e não de outra. Apesar da tendência das sociedades modernas de esperarem que as pessoas se comportem, são os feitos singulares que dão sentido à vida, e o novo, o inesperado é que ilumina o tempo histórico.

Nas palavras de Arendt (2001, p.52),

Aplicar à política ou à história a lei dos grandes números e dos longos períodos é nada menos que obliterar voluntariamente o próprio objeto destas duas; e é uma empresa inútil buscar o significado na política ou importância na história quando tudo o que não seja conduta diária ou tendência automática é descartado como irrelevante.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Fortaleza constitui um caso representativo do objeto de estudo e se insere num contexto que apresenta algumas condições relevantes: está localizado no Nordeste, onde o fenômeno do coronelismo permaneceu de forma mais duradoura (WEFFORT, 1992) e mantém os maiores índices de analfabetismo e pobreza do país, fatores que influenciam a cultura política local. Todavia, o processo de implantação do SUS no Ceará tem-se destacado no cenário nacional com estratégias inovadoras – a iniciativa

dos programas Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família (MENDES, 2002), e a organização pioneira dos sistemas cooperativos de microrregionalização dos serviços de saúde (MENDES, 2001).

Fortaleza é ainda a quinta capital brasileira em população e concentra em seu território os graves problemas dos grandes centros urbanos que crescem de forma rápida e desordenada, possibilitando diferentes estudos em vários campos. Outro fator que fortaleceu a escolha do CMS de Fortaleza foi o fato de se manterem de forma acentuada na administração municipal ações políticas que o processo de democratização visava a transformar, em particular no período de 1990 a 2004, quando o município foi administrado por prefeitos do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Destaca-se sobretudo o período de 1997 a 2004, quando as práticas de clientelismo e corrupção passaram a ser denunciadas tanto nos meios de comunicação de massa quanto nos órgãos de controle público, como o Ministério Público. Outra expressão da cultura política brasileira, o nepotismo apresentava-se também de forma marcante na cidade. À época, os serviços públicos municipais foram divididos entre os vereadores da base aliada do prefeito, que passaram a controlá-los e indicar os cargos comissionados e terceirizados dos referidos serviços.

Lopes (2003), em pesquisa sobre as eleições municipais em Fortaleza, identificou a presença de líderes comunitários locais fazendo a mediação clientelista entre os candidatos e a população. Segundo o autor:

A evolução do sistema político [...] fez que se criasse um sistema de lideranças comunitárias não identificadas imediatamente com qualquer político, mas livres para agir profissionalmente, na defesa de seus interesses. O surgimento desta camada intermediária entre o eleitorado, que não está mais formando sua sociabilidade nos laços de vizinhança, e as lideranças políticas formais permite que se compreenda a continuidade de uma prática clientelista sem base tradicional (LOPES, 2003, p.296).

Em minha vivência no CMS também constatei o fenômeno, ou seja, identifiquei o conselheiro exercendo o papel de mediador entre candidato e eleitores, conforme descrito, apresentando novas formas de clientelismo. No contexto político brasileiro, são observadas várias estratégias de cooptação e manipulação das classes dominantes e do próprio Estado em relação aos movimentos sociais e aos conselhos. Vasconcelos (1998, p.76) também relata a presença de cabos eleitorais travestidos de líderes comunitários nesses espaços. As classes populares, a exemplo de vários setores, são contraditórias e refletem as ambigüidades existentes na sociedade: “Elas não são apenas dominadas, mas mantêm também cumplicidades com o sistema de exploração”.

Ainda de acordo com Lopes (2003, p.300), dos 42 vereadores do município, dezoito possuem característica comum “[...] é o fato de entrarem na política por meio de uma instituição pública ou privada”. Essas instituições na sua maioria são de assistência à saúde e/ou social. Sete desses vereadores são médicos e alguns foram diretores de hospitais públicos.

Dessa forma, a análise das práticas de participação no espaço do CMS e de sua relação com a organização política local é significativa, pois além do contexto fortemente influenciado pela cultura política tradicional, o Conselho, durante sua existência, tem acumulado fatos que consubstanciam evidências documentadas sobre o fenômeno estudado. Entre estes fatos posso citar os seguintes: O não reconhecimento do CMS pelos gestores municipais, quando da não eleição do Secretário de Saúde para presidente do referido Conselho; a não nomeação de uma profissional de saúde, eleita por seu segmento, para compor o Conselho; a contratação de forma sigilosa do presidente do Conselho, que era um usuário, como funcionário terceirizado da Secretaria Municipal de Saúde.

Esses são alguns exemplos de autoritarismo e cooptação presentes nas relações entre representantes da sociedade civil e o poder público municipal, marcas da cultura política

local. Como recurso de pesquisa, selecionei alguns desses fatos para serem analisados pelos conselheiros, com vistas a identificar crenças, valores e o modo como os elementos da cultura política local afetam as práticas de participação .

Na experiência do CMS, a eleição de um profissional de saúde para a presidência do Conselho foi um acontecimento inesperado, que ocasionou reviravolta no seu contexto político. A noção de acontecimento é construída a partir do pensamento de Arendt (2001), quando analisa o discurso e a ação como atividades políticas. Agir significa começar algo novo. Esse novo é inesperado e imprevisível, característico do político e da pluralidade humana.

A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e levantamentos em documentos, como as atas do período de 1997 a agosto de 2005, os relatórios de gestão 2003 e 2004 e o plano municipal de saúde 2002-2005. Além disso, durante a pesquisa, foram mantidos contatos informais que se revelaram importantes para captar os bastidores da dinâmica do Conselho. A utilização de várias técnicas de coleta permite a triangulação dos dados e favorece a consistência da pesquisa. Nos estudos preliminares para elaboração do projeto, já havia feito levantamento da lei, decretos e regimento interno que regulamentam a participação e o controle social no âmbito do município.

A observação participante não seguiu um roteiro predeterminado. Desenvolvida durante as reuniões do plenário, das comissões regimentais e também nos bastidores do Conselho, ela ocorreu de forma livre e os fatos relevantes foram registrados no diário de campo. A opção por tal técnica me permitiu apreender fenômenos impossíveis de serem registrados mediante fala ou documentos. São atitudes, expressões não verbais, silêncios que compõem, de acordo com Malinowski apud VÍctora et al. (2000, p.54) , “os imponderáveis da vida real”.

Na pesquisa social, o pesquisador é sujeito e objeto da investigação. No presente estudo, essa circunstância foi bastante concreta, merecendo, portanto, maior vigilância, isto é, maior controle da minha subjetividade. “Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado, a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, de agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas” (MINAYO, 1996, p.36).

O roteiro das entrevistas semi-estruturadas foi composto de três partes: a primeira continha questões de identificação dos entrevistados, bem como suas trajetórias para se tornarem conselheiros, e o que os motivava a ser conselheiros; a segunda parte constou de questões quanto à sua visão sobre as mudanças ocorridas na sociedade, sobre a política, a democracia e a participação; sobre o papel do Conselho na gestão do sistema municipal de saúde; e por último, a análise de alguns fatos políticos considerados relevantes para captar os valores e as crenças dos conselheiros. As entrevistas foram gravadas.

O universo da pesquisa constituiu-se dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde. Foram realizadas dezessete entrevistas com os conselheiros do período de 2003-2004: onze usuários, três profissionais de saúde, dois prestadores e um representante governamental. Nem todos os conselheiros foram entrevistados, e o critério para a escolha dos entrevistados foi a presença regular do conselheiro no CMS. O critério pretendeu selecionar os sujeitos representativos em relação ao objeto da pesquisa, conforme sugestões de Minayo (1996, p.102).

[...] a amostragem qualitativa: (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação

tenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende o bjetivar com a pesquisa.

Todavia, para resgatar a história da criação do CMS, também entrevistei uma conselheira usuária que participou do primeiro Conselho Comunitário da Previdência e posteriormente, foi conselheira do CMS, três ex-conselheiras representantes do segmento de profissionais de saúde e duas técnicas, uma do ex-INAMPS, que coordenou o processo inicial de distritalização, e outra, da Secretaria Municipal de Saúde, que fez parte também das equipes de distritalização. Também realizei um levantamento nas atas da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) do período de sua criação, 1986, até a organização do Conselho Municipal de Saúde, em 1991.

No desenvolvimento da pesquisa de campo foram respeitadas normas éticas que regem a pesquisa científica com seres humanos, conforme Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do CNS, procedendo-se à solicitação do consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, à autorização para realizar as observações e preservação do anonimato dos informantes.

1.3 Desenvolvimento do trabalho de campo

Após ter concluído as disciplinas do doutorado, voltei para o CMS, não como conselheira, mas como pesquisadora. De espaço de prática política, o Conselho havia se transformado em campo de investigação científica, também uma prática, mas submetida a outras regras.

O retorno ao campo com essa mudança de postura era um complicador, pois deveria me disciplinar e reduzir minha participação nos debates no CMS, para ampliar minha capacidade de observação. Observei tudo atentamente, com atenção redobrada para apreender

o movimento dos conselheiros, seus discursos e ações e registrá-los para posterior análise, ou seja, reconstruir pelo pensamento o movimento do real.

Em uma reunião ordinária do CMS, tive de explicar minha nova missão e solicitar autorização para desenvolver a pesquisa. Entreguei cópia do projeto ao presidente do Conselho, informando que o mesmo se encontrava à disposição dos conselheiros.

Mesmo após as explicações de que deveria ser mais uma observadora, minha participação continuou sendo requisitada e algumas vezes não pude e nem quis dizer não, como por exemplo: fazer parte da comissão organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde, em 2003, bem como participar das mesas, como debatedora sobre gestão participativa, nas três pré-conferências regionais e na Conferência Municipal; participei também como delegada na municipal, estadual e na XII Conferência Nacional de Saúde.

Centrar-me mais como observadora do que como participante nas reuniões plenárias do Conselho revelou-se mais fácil. Neste espaço público, os sujeitos podem ser vistos e ouvidos, as singularidades se apresentam e a pluralidade humana pode se confrontar e ser observada. Por essa razão, no plenário há uma grande concorrência para o uso da palavra. Nas reuniões das comissões, como se trata de um grupo menor, e todos têm mais possibilidades de se expressar, o meu papel de observadora participante foi mais equitativamente distribuído. Continuei contribuindo com os trabalhos, quando necessário, e participando das discussões.

Na maioria das situações de pesquisa, a inserção do pesquisador no campo constitui um problema com vários desdobramentos, desde dificuldades objetivas – deslocamentos, “passaportes” para entrada na área – até alterações no campo provocadas pela presença do pesquisador. Não tive dificuldade de inserção e acredito ter provocado poucas alterações no campo, pois minha presença já era bem familiar, portanto, quase naturalizada.

Nos espaços de reuniões, como também nos bastidores, nas conversas informais, a observação representa importante instrumento de apreensão da realidade empírica. A

observação me permitiu captar o discurso livre e a prática, o que foi fundamental para, posteriormente, confrontá-los com o discurso sistematizado e ordenado pelas questões da pesquisadora, no processo de entrevista. Pude apreender as ambigüidades, as contradições e as redes de relações estabelecidas entre os conselheiros, os alinhamentos e os confrontos. Além disso, a riqueza do material coletado por meio desse instrumento contribuiu para desvelar o objeto de estudo e realizar a triangulação dos dados. Todo o processo de observação foi registrado no diário de campo, como também as reflexões suscitadas pelo campo, mediadas pelo referencial teórico.

A primeira entrevista funcionou como teste para validação do roteiro. Isto me levou a fazer algumas alterações nas questões e acrescentar outras e também, em virtude de problemas técnicos com o gravador, tive de solicitar outra entrevista ao conselheiro.

Todos os conselheiros mostraram-se muito solícitos e prontos a atender aos convites para as entrevistas. Escolheram o local, o horário e disponibilizaram o tempo necessário. Entrevistei os participantes no local de trabalho, no serviço de saúde, na sede do CMS e até no Conselho Regional de Serviço Social, conforme a disposição do entrevistado. Nos espaços escolhidos, sempre encontramos um lugar tranquilo, com pouca ou nenhuma interrupção. Em todas as ocasiões, esclareci sobre os objetivos da entrevista, o resguardo do sigilo, a liberdade para responder ou não às questões. Apesar de haver construído um roteiro para orientar a entrevista, procurei deixar o entrevistado discorrer livremente sobre cada questionamento, intervindo somente quando o conselheiro silenciava ou demonstrava não ter mais nenhum comentário a fazer.

Apenas um entrevistado não quis gravar entrevista, sem especificar o motivo, mas desde a primeira conversa, pareceu-me que ele não aceitaria gravar. Após conversarmos sobre o roteiro da entrevista, ele solicitou uma cópia deste e marcamos um novo encontro. No segundo momento, ele já trouxe por escrito as questões, as quais, segundo ele, eram

conceituais – democracia, participação e política – e mereciam uma reflexão para apresentar respostas mais precisas. Entregou-me seu currículo resumido e aceitou que eu anotasse algumas outras respostas conforme o roteiro, que ele foi comentando.

Dois outros entrevistados, a princípio, demonstraram bastante nervosismo, mas depois ficaram tranqüilos. Outros dois conselheiros perguntaram se era para dizer tudo e se poderiam ser bem sinceros.

A análise dos documentos selecionados para o estudo não obedeceu a um roteiro preestabelecido. No levantamento das atas da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde e nas primeiras atas do CMS tinha o objetivo de captar como começou a se organizar a participação da sociedade civil nesse espaço e as discussões para a formação do Conselho. As atas do período de 1997 a agosto de 2005 foram analisadas com a finalidade de utilizar outras fontes para confirmar ou negar as informações fornecidas pelos conselheiros em situação de entrevista ou nos contatos informais. Nesse sentido, o estudo dos relatórios de gestão e do plano municipal de saúde visava a complementar os dados apresentados pelos conselheiros sobre o SUS municipal.

1.4 Sistematização e análise dos dados da pesquisa

Conforme sugere Minayo (1996), busquei estabelecer o necessário distanciamento para realizar o processo de objetivação na análise dos dados. O pesquisador deve estar consciente das possíveis interferências da sua subjetividade, as quais podem ocorrer durante a pesquisa, embora a neutralidade científica seja um mito.

No tratamento do material empírico coletado, segui alguns passos:

Primeiro: após a transcrição das fitas, ouvi todas as entrevistas, conferindo a transcrição realizada. Em seguida li exaustivamente o material, procedendo a uma primeira classificação

dos dados. Construí, então, um quadro com o perfil dos conselheiros e fiz uma síntese da trajetória dos entrevistados para se tornarem conselheiros .

A partir das categorias de análise – participação, democracia e política – e das outras questões constantes no roteiro, procedi à sistematização por núcleo temático de todas as entrevistas, mediante sua leitura transversal, identificando as convergências entre os vários discursos, as complementaridades, as divergências e o diferente, bem como os temas mais relevantes que orientaram a exposição e análise dos dados .

O material das entrevistas foi confrontado com os dados da observação e os documentos selecionados. A partir da análise dos depoimentos confrontados com os registros das observações pude identificar os elementos componentes da cultura política, ou seja, as crenças e valores que orientavam a ação nas práticas de participação no CMS.

De posse de todo o material empírico sistematizado, passei à análise, confrontando as descobertas com o referencial teórico, a fim de realizar aproximações com os significados construídos pelos sujeitos participantes da pesquisa. Nas palavras de Assis (2003, p.2): “[...] as significações são constituintes da totalidade social e operam na estrutura econômica, na organização política da sociedade, nas determinações e nas representações ideológicas e sociais que envolvem relações, o modo de conhecer e de pensar das sociedades”.

Na exposição do relatório final, selecionei trechos das entrevistas, representativos dos significados expressos pelos conselheiros sobre os conteúdos problematizados neste estudo. Para preservar o sigilo dos informantes, cada fala foi identificada pelo segmento representado pelo entrevistado – usuário (Usu.), profissional de saúde (Pro. S.), prestador de serviço (Pres. S.) e gestor (Ges.) – seguido por uma letra do alfabeto.

Em continuidade ao trabalho, no capítulo a seguir desenvolvi uma discussão em torno do debate teórico sobre participação, as teorias democráticas e a política.

2. PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E POLÍTICA: POLISSEMIAS E IMBRICAÇÕES NO CONTEXTO ATUAL

2.1 A participação e sua institucionalização na sociedade brasileira

Participação é um tema muito presente nas discussões acadêmicas, no debate político, uma luta da sociedade civil brasileira desde a segunda metade do século XX e idos do século XXI. Não há, porém, um consenso quanto aos seus significados. Ao contrário, existe uma polissemia na qual os vários sentidos se fundamentam em diferentes matrizes da ciência política, sociologia e filosofia. Ao longo da história de organização social brasileira é possível perceber uma diversidade de práticas.

Nesse capítulo, a análise do debate teórico em torno do tema participação seguiu na perspectiva de apreender quais os sentidos da participação, quem são os sujeitos participantes, quais as formas dessa participação, ou como ela se expressa, ou seja, suas práticas. Detive-me ainda nos espaços onde ela ocorre e o que mobiliza os sujeitos para a participação. Tais reflexões teóricas permitiram captar elementos que possibilitaram a análise das práticas de participação presentes no Conselho Municipal de Saúde estudado.

Como menciono inicialmente, o termo participação possui inúmeros significados, geralmente acompanhados de várias expressões que qualificam o agir do sujeito político nos espaços públicos onde ocupam posições. Participação social, participação popular, participação política, participação cidadã. Cada uma desses termos inscreve-se em uma determinada linha de pensamento, orientada por uma concepção teórica voltada a analisar as práticas concretas de participação, desde que contextualizadas com os universos históricos, sociais e culturais onde os atores se inserem.

Um exemplo de análise é o estudo de Ammann (1980, p.61) sobre participação social verificada durante a vigência do regime militar, quando a ideologia desenvolvimentista defendia a necessidade da participação da comunidade. A autora fez uma incursão teórica sobre o tema da participação em vasta literatura no campo das ciências sociais e colocou como um primeiro desafio na sua elaboração teórica a construção de um conceito, assim definido por ela: “Participação social é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”. Ammann faz uma distinção entre participação direta quando os indivíduos agem no sentido de influir na definição dos rumos da sociedade, dentro dos três níveis ora referidos; e participação indireta, aquela ocorrida no campo do associativismo, cujas “[...] formas de organização associativista existentes, deixam intactas as estruturas básicas que determinam a distribuição e o consumo dos bens e serviços societários em questão” (idem, p.124-125).

Em suas conclusões, Ammann tece uma crítica às formas de participação existentes no contexto estudado – Distrito Federal – onde a maioria dos trabalhadores exerce suas funções laborais, mas não participa de todas as fases do processo produtivo; não participa da gestão do sistema político, pois durante o regime militar a população não participava nem mesmo da escolha de governador, restando apenas a uma pequena parcela a efetiva participação no usufruto dos bens e serviços produzidos.

O sentido de “tomar parte”, contido no conceito de participação social construído pela autora remete-nos a uma dimensão política de participar da tomada de decisões e/ou influenciar nas decisões sobre os destinos da sociedade, tanto no campo da produção quanto da gestão do sistema político que define a organização dos assuntos da coletividade, assim como no usufruto dos bens e serviços produzidos socialmente.

Todavia, as experiências de participação incentivadas pela ideologia desenvolvimentista, dominante até a década de 1970, eram induzidas por políticas governamentais no sentido de conseguir a adesão dos grupos populares às mencionadas políticas. São as estratégias da ação comunitária, do desenvolvimento de comunidade, dos mutirões, que conclamavam a participação do público alvo em projetos predefinidos a os quais teria apenas de aderir. Tais ações também possuíam a função de legitimação das políticas sociais e dos próprios governantes.

Como observado, no entanto, o contexto das lutas pela democratização, no Brasil, e a emergência dos movimentos sociais geram novas formas de participação contestadoras das relações vigentes entre Estado e sociedade civil e desejosas de influenciar nos destinos da coletividade. Essa nova realidade inspirou alguns estudos sobre a participação (BORDENAVE, 1994; DALLARI, 1999; DEMO, 1993) no sentido de refletir sobre as novas dimensões do fenômeno.

De acordo com Bordenave (1994), a participação é uma necessidade humana, em consequência da sua natureza social e, por conseguinte, também um direito fundamental. A participação é tão antiga quanto a sociedade humana. O autor apresenta uma concepção genérica de participação, na família, na comunidade, até à participação política, variável em graus conforme o controle exercido pelos indivíduos sobre as decisões tomadas e o nível de importância dessas decisões. A participação pode ter apenas uma função integradora e adaptadora, ou visar à transformação econômica e social.

Outros autores também analisam a participação dos sujeitos em termos de grau, a variar desde a presença, a ativação, até a efetiva participação na tomada de decisões (SANI, 1991b). Classificação semelhante é apresentada por Pateman (1992) quando fala da pseudoparticipação, da participação parcial e da participação plena. Na pseudoparticipação, as decisões tomadas são informadas ao grupo com vistas a persuadir os indivíduos a aceitá-las, e

no intuito de criar um sentimento de participação; na parcial, os indivíduos participam do debate sobre as decisões a serem tomadas e suas sugestões podem influenciar a tomada de decisão, mas cabe apenas a um indivíduo, ou parte do grupo, o poder de tomar a decisão; na participação plena, todos os membros do grupo participam das discussões, possuem as informações necessárias para a tomada de decisões e participam igualmente da decisão.

Dallari (1999) também discute a participação política, e a apresenta como um direito fundamental de todos os indivíduos, prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Conforme ressalta, nas últimas décadas não se encontram, na maioria dos países ocidentais, restrições legais à participação da maioria dos cidadãos. No entanto, em muitas realidades ela não passa de mera formalidade, ficando o direito de participar da tomada de decisões reservado às elites dominantes.

Ao mesmo tempo o autor considera a participação como um dever: “Todos os indivíduos têm o dever de participar da vida social, procurando exercer influência sobre as decisões de interesse comum” (DALLARI, 1999, p.33), e enumera várias formas de participação política: a participação eleitoral – votar e ser votado, pertencer a partido político – a participação por meio de grupos e movimentos organizados que busca exercer influência política, o exercício de função pública, a crítica política. Dallari faz ainda distinção entre a participação formal e participação real: “(...) só existe verdadeira participação política quando ela for real, assegurando a todos e a cada um a possibilidade de influir nas decisões políticas” (idem, p.94).

Outro estudioso, Demo (1993), apresenta a participação ligada à política social e a analisa sob dois ângulos: do lado do Estado, que pode representar uma estratégia de redistribuição de renda e de legitimação, e na perspectiva dos sujeitos, significando a conquista da autopromoção. A participação constitui-se num processo de conquista

relacionado à questão do poder. Apresenta, então, um conceito que segundo ele visa torná-la mais precisa:

Dizemos que *participação é conquista* para significar que é um *processo*, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada (DEMO, 1993, p.18).

Como o processo de participação está diretamente ligado às relações de poder, ele é uma forma de poder, pois os grupos organizados conquistam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e adquirem capacidade de se relacionar com o poder. O processo de conquista não é pensado apenas no que diz respeito à comunidade, mas também aos técnicos, intelectuais, professores, os quais, por desempenhar estes papéis, se encontram em situação privilegiada se comparada à realidade concreta da maioria da população pobre deste país. Historicamente há uma tendência das minorias exercerem a dominação sobre as maiorias. Portanto, os sujeitos citados não estão imunes a reprodução da dominação. Para não reproduzir as práticas de dominação, os técnicos, intelectuais, educadores precisam ter “(...) consciência crítica e autocrítica de sua tendência impositiva” (DEMO, 1993, p.20) e conquistar o exercício de relações mais igualitárias.

Todos os autores mencionados contribuem para a compreensão da participação. Mas a concepção de participação como processo de conquista dos próprios sujeitos participantes é relevante porque oferece o sentido de um vir a ser jamais acabado, no qual os sujeitos envolvidos em processos participativos vão adquirindo um saber que lhes permite galgar graus cada vez mais elevados de participação, desde decisões mais simples até às mais complexas.

Na pesquisa ora desenvolvida, o sentido mais fecundo é o de participação política, significando tomar parte do processo de decisão ou mesmo influenciá-lo, a ser complementado com a idéia de conquista. A definição legal do caráter deliberativo dos

conselhos de saúde oferece elementos para caracterizar a participação nesses espaços, com esse sentido. Todavia, ela só irá acontecer se os sujeitos envolvidos em suas práticas no cotidiano dos conselhos de saúde a compreenderem como processo de conquista da partilha do poder, o que se torna um desafio, pois historicamente, a maioria do povo sempre esteve excluída do processo de decisão, exigindo, portanto, um aprendizado de um novo fazer político.

A exemplo dos autores referidos, Teixeira (2001) também analisa a participação política a partir da redefinição do conceito de sociedade civil no contexto das lutas pela democratização na América Latina e no Leste Europeu nos anos 1980. Segundo ele, as concepções que discutem de forma genérica a participação política no sentido de tomar parte da tomada de decisões relacionadas à construção da coletividade, ou como influenciar nessas decisões, não mostram como isso pode ocorrer em sociedades complexas, nem qual o nível das decisões possível de ser partilhado por todos. No nível macro, as decisões são bastante complexas e envolvem conhecimentos técnico-científicos. Desse modo, os detentores desses conhecimentos têm seus poderes ampliados e a participação da maioria do povo é dificultada.

A diversidade de interesses presentes nessas sociedades e a multiplicidade de organismos da sociedade civil tornam difícil a operacionalização dessas tomadas de decisão e ainda podem gerar choques com as instituições representativas tradicionais como os parlamentos. A partir dessas reflexões, o autor constrói um entendimento daquilo que ele estaria chamando de participação cidadã:

[...] *participação cidadã*: processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Esse fortalecimento dá-se, por um lado, com a criação de deveres e responsabilidades políticas específicas e, por outro, com a criação e exercício de direitos (TEIXEIRA, 2001, p.30).

Esse entendimento foi construído com base em análises de experiências, tanto na América Latina como na Europa, nas quais os movimentos e entidades da sociedade civil, além de estabelecer relações com o Estado para exercer influência e controle social, buscam construir estratégias de interferência no mercado e mesmo ocupar esse espaço a partir da lógica do desenvolvimento sustentável. Outro aspecto considerado por Teixeira é a necessidade de articular a democracia representativa com a democracia participativa.

Por meio da participação nos espaços públicos, a sociedade civil pode estar debatendo e construindo diretrizes políticas que servem de parâmetro para a ação política dos representantes públicos. Tais parâmetros são balizas para o exercício do controle social sobre o Estado, uma das práticas de participação. O autor expõe um entendimento do controle social, o qual possui duas dimensões básicas:

A primeira corresponde à *accountability*, a prestação de contas conforme parâmetros estabelecidos socialmente em espaços públicos próprios. A segunda, decorrente da primeira, consiste na responsabilização dos agentes políticos pelos atos praticados em nome da sociedade, conforme os procedimentos estabelecidos nas leis e padrões éticos vigentes (TEIXEIRA, 2001, p.38-39).

Mesmo Teixeira fazendo uma crítica ao sentido de participação política tomado de forma genérica, essa não se aplica ao se refletir sobre fenômenos determinados, tendo como referência canais específicos de participação, com uma institucionalidade estabelecida como no caso dos conselhos de saúde, nos quais se torna possível analisar as práticas de participação ali desenvolvidas e seu caráter deliberativo.

No contexto da década de 1990, os estudos de Gohn (2001) sobre participação registram as práticas de participação nos novos espaços institucionalizados, como os conselhos gestores de políticas públicas. Antes, porém, a autora apresenta alguns paradigmas utilizados para compreender o fenômeno da participação: liberal, autoritária, democrática e

revolucionária. Estas concepções clássicas geram outros modelos de interpretação, tais como: na concepção liberal, tem-se a participação corporativa e a comunitária, baseadas nos princípios do liberalismo, no intuito de fortalecer a sociedade civil e reformar e/ou melhorar a democracia representativa, dentro do horizonte do capitalismo.

Na participação autoritária tanto de direita quanto de esquerda visa -se à integração e ao controle social da sociedade civil por parte do Estado. Nos regimes autoritários de direita – o fascismo – e de esquerda – um exemplo: as experiências do socialismo real da antiga União Soviética – a participação é apenas formal e uma estratégia de legitimação desses regimes e de seus governantes. Um dos instrumentos que favorecem essa participação é a política social planejada de cima para baixo, na qual os grupos organizados só precisam aderir e participar da sua execução.

A participação democrática orienta-se pelo princípio da soberania popular e pelo sistema representativo mediante processo eleitoral, e os canais de participação são encontrados tanto na sociedade civil quanto no interior do aparelho de Estado. Mas, como ressalta a autora, a participação na democracia representativa é marcada pela ideologia liberal:

Alguns vícios existentes na concepção liberal, que explicam a constituição de redes clientelísticas movidas pelo poderio econômico ou de prestígio político, não ficam ausentes na concepção de participação democrática, porque o princípio básico é o da delegação de um poder de representação, não importando a forma como foi constituída essa representação (GOHN, 2001, p.17-18).

Outra concepção é a participação revolucionária. Nela o sistema partidário é fundamental na organização de coletivos para a luta contra as relações de dominação. Este aspecto se inscreve na concepção de Gramsci (2000, p.16) que destaca a importância fundamental do partido no processo de transformação da sociedade, chamando-o de o moderno príncipe, “[...] o mito -príncipe não pode ser uma pessoa real, um indivíduo concreto,

só pode ser um organismo; um elemento complexo de sociedade no qual já tenha se iniciado a concretização de uma vontade coletiva reconhecida e fundamentada parcialmente na ação”. Gramsci refletia sobre os limites dos partidos tradicionais e sua tendência a se mumificar, ressaltava a capacidade da sociedade civil de reagir às crises de hegemonia criando outros organismos que pode ser até um antipartido que funcione como uma força dirigente capaz de mobilizar e organizar a luta política pela transformação social.

Já na concepção democrático-radical é reconhecida uma multiplicidade de organismos da sociedade como essenciais para “fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade, sem injustiças, exclusões, desigualdades, discriminações etc. [...] A participação articula-se [...] com o tema da cidadania” (GOHN, 2001, p.19).

No Brasil, nas últimas décadas, a participação da população por meio de movimentos sociais e organizações da sociedade civil tem representado esta articulação ora referida, pois a participação nestas lutas tem significado a conquista da cidadania e tem possibilitado a educação para a democracia na perspectiva da utopia pensada por Rousseau (PATEMAN, 1992). Quanto mais os sujeitos participam, mais eles aprendem a exercer a democracia.

Historicamente, nas sociedades capitalistas centrais vamos encontrar processos de participação gerados a partir de ações coletivas dos sujeitos na luta por direitos civis, políticos e sociais, ou seja, na conquista da cidadania. Essas ações caracterizam a participação política. A própria democracia na modernidade é fruto das lutas por direitos (RIBEIRO, 2002). Portanto, o significado de participação política abrange também a participação na discussão e tomada de decisões dos assuntos que afetam a coletividade, bem como o exercício do controle social sobre as ações do Estado.

No processo de socialização da política, a participação eleitoral é o mínimo a ser exigido numa sociedade moderna que adota a democracia representativa. Todavia, ela foi uma

conquista gradual para a maioria dos cidadãos nas sociedades ocidentais. Inicialmente, esse direito era garantido apenas aos proprietários, e mesmo com a ampliação do sufrágio, as mulheres ficaram excluídas, e na maior parte das sociedades só conquistaram esse direito no século XX.

No entanto, vários são os fatores, principalmente na sociedade brasileira, a interferir na participação eleitoral da maioria da população: o poder econômico, a desinformação, a corrupção eleitoral, a cultura política. Tais fatores colocam em crise a própria democracia representativa. Por isso, “[...] a realização de eleições está longe de ser uma garantia de que o povo escolhe livremente os seus representantes e governa por meio deles” (DALLARI, 1999, p. 42).

Segundo Sani (1991b, p.889),

O ideal democrático supõe cidadãos atentos à evolução da coisa pública, informados dos acontecimentos políticos, ao corrente dos principais problemas, capazes de escolher entre diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas e fortemente interessados em formas diretas ou indiretas de participação.

Entretanto, o mesmo autor refere-se a várias pesquisas que apontam o contrário. Até a atividade política mais simples, o voto, tem registrado grande percentual de abstenção, primeiramente, nos países ricos com tradição democrática e de participação. Para cumprir este ideal democrático é necessária a educação do cidadão. Esta, segundo Bobbio (2000), se constitui em uma das promessas não cumpridas pelas democracias contemporâneas. Entretanto, como afirma Kerstenetzky (2003), essa não participação nas eleições pode ser interpretada como um *feedback* negativo ao sistema político vigente.

O autor também destaca algumas atividades que podem estar sendo designadas de participação política:

[...] o ato do voto, a militância num partido político, a participação em manifestações, a contribuição para uma certa agremiação política, a discussão de acontecimentos políticos, a participação num comício ou numa reunião de seção, o apoio a um determinado candidato no decorrer da campanha eleitoral, a pressão exercida sobre um dirigente político, a difusão de informações políticas e por aí além (SANI, 1991b, p.888).

As referidas atividades possuem conteúdo, forma de expressão e significados bastante variados, só possíveis de ser analisados e compreendidos a partir de contextos históricos determinados.

Outros aspectos a serem considerados ao se analisar a participação política são os fatores que a condicionam positiva ou negativamente. Entre estes fatores estão a estrutura social (BORDENAVE, 1994), a existência ou não de espaços de participação, ou seja, as estruturas políticas, e a cultura política presentes na sociedade, a qual pode ser motivadora ou inibidora da participação.

Também Kerstenetzky (2003) aponta para a relação entre apatia política e desigualdades socioeconômicas. A autora sustenta seus argumentos em várias pesquisas onde sobressai a pouca participação das classes populares submetidas a condições degradantes, sem garantia do usufruto dos direitos fundamentais. A falta de interesse generalizado pela política também foi constatada em muitas pesquisas nas sociedades do centro do capitalismo, confirmando a tendência de ser mais acentuada em grupos com condição socioeconômica baixa (PATEMAN, 1992).

No entanto, como alerta Teixeira (2001), a análise da falta de condições para que a participação se efetive não deve ser considerada como impedimento à participação, mas apenas como um dificultador. Conforme o autor, mesmo situações adversas como as vivenciadas por muitos brasileiros durante o regime militar, com a falta de espaços públicos

para a participação e as precárias condições de vida, não constituíram empecilhos para que uma parcela dos cidadãos participasse com vistas a mudar muitos aspectos dessa realidade.

Já outros autores, entre estes Vita (2004), ao refletir sobre o déficit de participação política nas sociedades ocidentais, levantam a questão da motivação, pois o ideal do *homo politikós* não seria a meta de todos os cidadãos, porquanto há os custos da participação e possivelmente nem todos os indivíduos estariam dispostos a pagar o preço. Ao analisar a desigualdade de participação em deliberações sobre políticas públicas, o autor destaca o papel do ativismo político. Segundo afirma, aqueles sujeitos mais ativos estão mais aptos a proteger seus interesses e reivindicar seus direitos.

Novas organizações da sociedade civil, com ações voltadas para a solidariedade, auto-ajuda e para o campo da cultura, têm favorecido o crescimento da participação denominada por Kerstenetzky (2003, p.137) de participação associativa. Todavia, destaca a autora que alguns estudiosos chamam a atenção para o fato de que muitas dessas iniciativas se desenvolvem de forma despolitizada, contribuindo para uma apatia política. Essas ações

[...] afirmam-se como estratégias associativas de sobrevivência que proliferam como e com as crises fiscais das duas últimas décadas em substituição ou complementação à provisão pública, sem necessariamente exercer impactos mais significativos na arena política nacional, onde a distribuição de recursos públicos é decidida [...].

As atividades apresentadas por Kerstenetzky foram analisadas em contextos – Rio de Janeiro, Salvador – de profunda desigualdade e podem ser interpretadas de várias formas como: auto-suficiência, dependência das instituições e políticas mais abrangentes, algum conformismo, no sentido da pouca capacidade de interferir na alocação mais equitativa de recursos públicos. Muitas vezes, as ações desenvolvidas no nível local colocam-se como paliativos para os grandes problemas sociais e impedem seu enfrentamento de forma mais abrangente e duradoura, gerando certa “acomodação” dos conflitos e tensões sociais. O

fenômeno do associativismo com essas características já havia sido identificado por Ammann (1980), na década de 1970.

Estes são alguns argumentos que me fazem optar pela noção de participação política fundada no princípio da igualdade política com vistas à conquista não só de uma democracia formal, mas também substantiva, ou seja, que aponte para a redução das desigualdades sociais.

Contudo, como destacam Santos e Avritzer (2002, p.75), as experiências de participação não estão imunes aos riscos de perversão e cooptação empreendidos por aqueles que desejam a manutenção do *status quo* e representam os interesses hegemônicos. Os sujeitos devem desenvolver estratégias – reflexões sobre as experiências e aprofundamento da democracia – que combatam esses perigos, os quais podem se apresentar de diversas formas:

[...] a perversão pode ocorrer por muitas outras vias: pela burocratização da participação, pela reintrodução de clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas.

Uma imensa gama de atividades e movimentos sociais tem permitido observar novas formas de participação e alimentar a esperança de que novas expressões de sujeitos individuais e coletivos tomem para si a tarefa de contribuir para as decisões que definem em que direção deve seguir a construção do mundo humano, como enfatiza Sani (1991b, p.889):

[...] têm adquirido certo relevo formas novas e menos pacíficas de participação, nomeadamente as manifestações de protesto, marchas, ocupação de edifícios, etc. Segundo alguns observadores, encontraríamos-nos, aqui, em face de uma revitalização da Participação política que, abandonados os velhos esquemas, se articularia agora em outros canais.

O autor faz algumas críticas a essas formas de participação, como: serem esporádicas, e não contribuírem para novas institucionalizações da participação política. No contexto brasileiro, porém, essas críticas não se aplicam inteiramente quando se analisam as ações de dois movimentos expressivos no Brasil: o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – um movimento nacional – e dos Sem Teto em São Paulo. Esses movimentos utilizam estratégias de confronto que põem em xeque a estrutura social, de forma sistemática, os quais já alcançaram significativa institucionalização.

Ao mencionar formas de participação semelhantes às referidas por Sani (1991b), Teixeira (2001) traz uma análise sobre a dimensão expressivo-simbólica da participação. Segundo afirma, estas formas de participação geralmente dirigem-se ao Estado e ao poder dominante e visam causar um impacto na opinião pública. Os sujeitos participantes de ssas manifestações querem ser vistos e ouvidos (ARENDRT, 2001) e de alguma forma influenciar nas decisões políticas. Essas expressões contribuem para a criação de símbolos e a formação de identidades entre seus participantes.

Seus mecanismos e instrumentos são específicos e diversificados, muitos resultantes da criatividade e da não-submissão aos padrões estabelecidos, indo das formas leves e lúdicas, como o abraço de milhares de pessoas a um sítio que se quer preservar, às mais agressivas, como o fechamento de uma rua, uma greve de fome, protestos etc. (TEIXEIRA, 2001, p.40-41).

No Brasil, o contexto das lutas pela democratização proporcionou a emergência de vários movimentos sociais, com formas e práticas variadas de participação e expressão. O anseio de participação gerou algumas bandeiras de luta, entre elas, a participação da comunidade no planejamento, gestão e controle social das políticas públicas. Esta reivindicação materializou-se em norma ou diretriz constitucional, favorecendo a institucionalização da participação por meio de conselhos com poderes consultivos e/ou

deliberativos. Em pelo menos três artigos da Constituição federal o termo participação encontra-se explícito:

O artigo 194 define a seguridade social e o inciso VII fala do caráter democrático da gestão “com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”;

O artigo 198 estabelece as diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde, entre estas, no inciso III – com a “participação da comunidade”;

O artigo 204 também estabelece as diretrizes para organização das ações governamentais na área da assistência social e no inciso II – estabelece a “participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”.

No esteio da democratização são formuladas propostas de reforma do Estado, com descentralização político-administrativa, e a participação dos trabalhadores, da comunidade, da população, passa a ser estratégia governamental por mandato constitucional. Entretanto, em cada realidade local essa proposta política adquire significados diferentes, influenciados entre outros fatores pela estrutura institucional, a cultura política local e a decisão política do gestor para maior ou menor abertura à participação no sentido da partilha do poder. A definição e implantação dessa estratégia ocorrem num processo contraditório de conquista e outorga, no qual interesses – da sociedade civil e da sociedade política – se confrontam na esfera pública.

Mas a estratégia governamental da participação não se restringia a essas três políticas. Algumas leis complementares, decretos presidenciais e portarias ministeriais criaram vários conselhos. Gohn (2001) faz referência a 27 conselhos nacionais de políticas setoriais, com representações da sociedade civil. Nesses conselhos, segundo Jacobi (2002), a participação da

sociedade civil torna-se uma estratégia para correção das limitações da democracia representativa:

A participação na gestão da coisa pública, enquanto corretivo das limitações da democracia representativa, possibilita, pelo menos em tese, o engajamento da sociedade civil na formulação de políticas públicas e no controle das ações governamentais e dos negócios públicos (JACOBI, 2002, p.31).

Além de possibilitar a participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas e, desta forma, a inclusão das demandas sociais, propicia o controle das ações governamentais. A participação tem também a função de integração social, pois aumenta o sentido de pertencimento, de responsabilidade pública e, ainda, a função educativa, por que capacita o cidadão para o exercício da democracia e da cidadania.

Como observado, os vários sentidos e as práticas de participação podem ter diferentes noções e usos, cujas conseqüências para os sujeitos envolvidos nos processos participativos redefinem o patamar de relação entre Estado e sociedade civil. E esta participação será mais ou menos política na medida em que interferir nas relações de poder e nas decisões que traçam os destinos da coletividade. Em reformas setoriais tem se observado diferentes dinâmicas nos processos organizativos e de tomada de decisões acerca das prioridades políticas a serem consideradas, principalmente quanto aos saberes e às práticas que as sustentam nas arenas redistributivas, tais como nos conselhos de saúde.

Na sociedade brasileira, a demanda por participação no setor saúde é bem antiga. Todavia, quem deve participar e o significado da participação foram se transformando no decorrer das lutas. Ao analisar a trajetória do Estado na proposição e implementação da política de saúde, Luz (2000) destaca duas questões: centralização/descentralização e concentração/desconcentração de poder. Segundo argumenta, na década de 1950 a descentralização e a participação civil já eram reivindicadas por agentes institucionais e da sociedade civil.

Entretanto, a autora salienta que “seguramente a participação popular reivindicada não se referia à totalidade da população, nem mesmo a seus setores organizados. Referia-se principalmente aos próprios profissionais da saúde, a entidades sindicais e partidárias e a órgãos corporativos médicos” (LUZ, 2000, p.301). Estas idéias tiveram certa acolhida em um breve período da história autoritária brasileira – 1946 até março de 1964 – quando se respiraram ares democráticos. Contudo, tiveram de ser silenciadas durante a ditadura militar, e foram retomadas na década de 1980, com novidades: “Também a idéia de participação cresceu e se ampliou em direção à sociedade civil, aos ‘usuários’ dos serviços, ao invés da idéia reduzida de ‘comunidade’, tão cara aos anos 60” (LUZ, 2000, p.302).

Segundo Cordeiro (1991, p. 64), durante o processo de reforma do Estado iniciado na Nova República – 1985 – já se contemplavam mudanças na gestão do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a inclusão no processo decisório da instituição das “[...] entidades representativas dos trabalhadores, dos profissionais de saúde e do poder legislativo”. E mesmo na implantação das Ações Integradas de Saúde, em 1983, já estavam previstos mecanismos de controle social mediante participação de representações sindicais, populares, profissionais e prestadores de serviços de saúde em suas instâncias gestoras, por meio das comissões interinstitucionais de saúde, em nível estadual, municipal e local.

No contexto do setor saúde, a participação tem incorporado diferentes significados, como argumenta Valla (1993): no modelo anterior à Constituição de 1988 a participação, principalmente das classes populares, era voltada para a sua adesão às ações de saúde. Nesse sentido, o Estado exercia o controle social sobre a população por meio das práticas participativas. Na caracterização feita por Pateman (1992) estas práticas eram pseudoparticipações.

Valla ainda apresenta várias concepções para o termo participação social: participação popular; estratégias de modernização; integração de grupos marginalizados; mutirão; desenvolvimento comunitário. Entretanto, para ele a participação popular teria um significado diferente “por se tratar de uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social” (VALLA, 1993, p,14). Ainda segundo o autor, esta participação apresenta uma contradição na medida em que representa a legitimação das políticas do Estado diante da população, mas ao mesmo tempo significa a possibilidade das representações populares disputarem o controle e a destinação das verbas públicas.

A participação da população na formulação, gestão e controle social dos serviços e ações de saúde foi uma das propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento, que contou com a participação de mais de 4.000 delegados, representando movimentos e organizações da sociedade civil dos vários estados da federação, foi um marco na luta pela Reforma Sanitária e pela a democratização das políticas públicas, no país. A conferência aprovou também a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, com a participação da sociedade civil – pois já havia um Conselho criado em 1937 apenas com representação governamental – e a formação de conselhos em nível local, municipal, regional e estadual. O significado da participação presente naquela proposição é bastante amplo e vai além do controle social, como destaca Guizardi et al. (2004, p.19 -20):

[...] com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina. O controle é apresentado como um de seus aspectos: ela vai da organização ao controle, passando pela gestão, não apenas das ações (o que poderia ser lido como diretriz programática), mas também dos serviços de saúde, nos quais o direito e a política pública a ele relativa ganham materialidade.

A discussão da participação da comunidade na formulação e no controle social sobre a política de saúde é uma luta histórica dos movimentos sociais que tiveram expressões

concretas diferenciadas em vários estados brasileiros e experiências concretas anteriores à própria Constituição de 1988. Pinheiro e Dal Poz (1995) desenvolveram um estudo no Rio de Janeiro e constataram diferentes conjunturas que possibilitaram a existência das experiências de participação e controle social:

Em contextos diametralmente opostos, observam-se inovações e avanços nos domínios da participação e controle das ações públicas de saúde. Tanto no período 82 - 86 como no período de 87-90, ocorreram experiências que possibilitaram a incorporação e a criação de órgãos destinados ao exercício do controle e participação em todas as esferas de governo – os conselhos de saúde (PINHEIRO; DAL POZ, 1995, p. 2-3).

Como citado anteriormente, a Constituição federal definiu a diretriz da participação da comunidade na organização do SUS. No entanto, a participação popular não era um tema muito bem-vindo nas estruturas autoritárias do Estado brasileiro. Para exemplificar o fato, todos os artigos relacionados à participação da população no SUS, definidos na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de setembro de 1990, foram vetados pelo então presidente Collor, em desrespeito à própria Constituição. Foi necessário ocorrer uma mobilização da Plenária Nacional de Saúde (WENDHAUSEN, 2002) para aprovação de nova lei que garantisse a participação da população no SUS.

Em dezembro de 1990 a nova Lei 8.142 foi aprovada e especificou um dos sentidos dessa participação. A referida lei cria os conselhos e conferências de saúde em todos os níveis e no parágrafo segundo do artigo 1º. define o caráter deliberativo dos conselhos no que concerne à “[...] formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...]” .

Como já explicitarei, o texto legal estabelece uma clara proposição de participação política no sentido da tomada de decisões sobre a política pública de saúde. Todavia, as práticas concretas de participação nos conselhos de saúde assumem características as mais

variadas. E um dos fatores que condicionam essas práticas é a cultura política. Com vistas ao entendimento das novas configurações da cultura política brasileira a partir da experiência democrática, serão analisadas algumas concepções de democracia e o significado da participação nas teorias democráticas.

2.2 Democracia: entre representação e participação

De acordo com Bobbio (1991), as teorias contemporâneas da democracia sofrem a influência da teoria clássica, de inspiração aristotélica; da vertente medieval, que encontra no modelo de soberania popular dos romanos sua expressão; e já na modernidade a referência inicial a Maquiavel. Na antiguidade, essas teorias eram analisadas a partir da referência ao regime de governo quanto ao número dos que governam: monarquia, como o governo de um só; aristocracia, governo de poucos; e democracia o governo de todos os cidadãos.

Segundo Bobbio (1991), os gregos desenvolveram as primeiras experiências de democracia, no mundo antigo. Todos os cidadãos da cidade-Estado – Atenas – se reuniam na ágora para discutir os assuntos comuns, tomar decisões, promulgar leis, enquanto os funcionários responsáveis pela execução das decisões eram sorteados entre os cidadãos. Entretanto, é importante destacar que uma parcela significativa da população estava excluída da participação – as mulheres, os estrangeiros e os escravos.

Neste exemplo de democracia, conforme podemos observar, a participação do cidadão é central e determinante. Ele participa diretamente na decisão de todos os assuntos comuns da vida da pólis. Este modelo, porém, é alvo de crítica em virtude de se restringir essa participação aos homens livres, cidadãos gregos. Além disso, a realidade das sociedades de massa, complexas e diversificadas do mundo atual, coloca-se como dificuldade para implantação desse modelo. Todavia, Ribeiro (2002, p.14 -15) enfatiza: “A democracia antiga é

vista, geralmente, como superior à moderna. Invejamos os atenienses. Perdemos muito da dimensão pública. Acabou a democracia direta, começou a representação”.

Esta grande valorização da democracia grega não era partilhada por Platão, que não era favorável à democracia, pois segundo ele as decisões da pólis não poderiam ser confiadas aos menos esclarecidos. Conforme defendia, o melhor regime de governo era a aristocracia e o poder deveria ser confiado àqueles que “sabem” (DELACAMPAGNE, 2001). Essa visão em certa medida corrobora a visão de teóricos contemporâneos da democracia, como Schumpeter apud Pateman (1992), para o qual o povo só deveria participar da política no momento da escolha das elites dirigentes, pois ele não tem capacidade de opinar sobre as decisões políticas.

Outros estudiosos, porém, favoráveis à democracia, a exemplo de Rousseau, considerado o filósofo da democracia participativa, defendem a soberania popular na definição das leis que irão reger a sociedade. Sua obra **O contrato social** está fundamentada em dois princípios básicos: a liberdade e a igualdade. No estado de natureza o homem é livre, mas por uma convenção ele sela um pacto social para a constituição do estado civil, que terá o poder de garantir a liberdade e igualdade para todos os seus membros. No estado civil, todos os homens, igualmente, passam a exercer sua liberdade civil, limitada apenas pela vontade geral.

No entanto, essa liberdade não sobrevive sem a igualdade, o que não significa todos possuírem os mesmos poderes e riquezas, mas que o poder seja exercido conforme a lei e “[...] quanto à riqueza, que nenhum cidadão seja suficientemente opulento para poder comprar um outro e não haja nenhum tão pobre que se veja constrangido a vender-se [...]” (ROUSSEAU, 1983, p.66). É no estado civil que o homem poderá desenvolver suas mais altas potencialidades e guiar-se pelos valores morais, tendo como referência o direito e a

justiça. Portanto, é participando da vida pública que o sujeito se desenvolve e se capacita para esse exercício.

O soberano é o povo reunido para decidir sobre as leis que irão reger a vida pública. Suas decisões devem versar unicamente sobre o bem comum. As leis são atos da vontade geral, surgidas do que há de comum nas vontades particulares. Mas a soberania é inalienável e indivisível. Desse modo, no ideal político de Rousseau, está excluída a regra da representação, um dos princípios das democracias modernas.

Além disso, o soberano deve decidir sobre a forma de governo, que é uma lei geral e, temporariamente, pode tornar-se magistrado e escolher aquele ou aqueles que irão governar, isso é um ato particular. “Ainda neste ponto se descobre uma dessas espantosas propriedades do corpo político pelas quais concilia operações aparentemente contraditórias pois a de que tratamos faz-se por uma súbita conversão da soberania em democracia [...]”(ROUSSEAU, 1983, p.112). Segundo o autor, o governo legítimo é republicano, e algumas de suas características assemelham-se ao que modernamente se chama de governo democrático fundado na soberania popular.

Ao se inspirar no modelo de república da Roma antiga, segundo defende, o soberano é o único que pode exercer o poder legislativo e as funções de governo que precisam de determinadas capacidades podem ser executadas por magistrados eleitos. Ademais, o povo reunido periodicamente em assembleias é o único meio de prevenir ou reagir às usurpações do governo.

[...] os depositários do poder executivo não são absolutamente os senhores do povo, mas seus funcionários; que ele pode nomeá-los ou destituí-los quando lhe aprouver; que para eles não cabe absolutamente contratar, mas obedecer; e que incumbindo -se das funções que o Estado lhes impõe, não fazem senão desempenhar seu dever de cidadãos, sem ter de modo algum o direito de discutir as condições (ROUSSEAU, 1983, p.113).

O modelo de organização política de Rousseau inspirou os líderes radicais da revolução francesa, mas não foi o que prevaleceu após quase um século de revoltas, que no final consolidou o modelo de democracia liberal representativa na França e serviu de modelo para muitos Estados-nação. Nesse modelo, a soberania popular é alienada nos “representantes” do povo e a vontade geral não se materializa, mas apenas as vontades particulares são representadas, construindo um consenso pelo critério da maioria.

As democracias modernas surgem no contexto das revoluções burguesas – revolução industrial, a independência dos Estados Unidos e a revolução francesa – de luta contra as monarquias absolutistas da Europa, para restringir o poder dos reis, garantir os direitos do cidadão, fornecendo as bases para formação dos Estados-nação e a consolidação do capitalismo no Ocidente. Nesse contexto, a ideologia liberal – defesa das liberdades individuais, proteção contra o abuso do poder dos governantes e contra a violência dos outros homens, garantia da propriedade privada – forneceu as bases para a organização da democracia representativa.

Como estruturas da democracia liberal representativa mencionam -se o parlamento e os partidos políticos. Também são estabelecidas regras para orientar a competição política – sufrágio universal, cada cidadão um voto de igual valor, eleições livres e periódicas, decisão pelo critério da maioria e respeito à minoria, com a possibilidade de vir a tornar -se maioria. No entanto, como a classe dominante sempre teve resistência à socialização da política, essas regras foram conquistadas na luta política. Inicialmente, o direito de votar era restrito aos proprietários. No século XX, porém, a conquista do sufrágio universal tornou -se realidade na maioria das sociedades ocidentais.

Também nesse século, o crescimento das sociedades industriais, das grandes organizações burocráticas; o surgimento do fascismo e dos regimes totalitários baseados na participação das massas; e a crise generalizada, na Europa, provocada pelas duas grandes

guerras mundiais, suscitaram profundas preocupações quanto às condições necessárias para garantir a estabilidade dos regimes democráticos (PATEMAN, 1992).

Pateman (1992, p.13) observa que vários estudos das ciências sociais e da ciência política começam a levantar dúvidas quanto à possibilidade de se pôr em prática o ideal democrático da ampla participação do povo. Segundo aponta a autora, Schumpeter, ao fazer uma revisão da teoria clássica da democracia, critica que “o papel central da participação e tomada de decisões por parte do povo baseava-se em fundamentos empiricamente irrealistas, em sua teoria revisada o ponto vital é a competição dos que potencialmente tomam as decisões pelo voto do povo”.

Tanto na Europa como nos Estados Unidos, o crescimento de reivindicações por participação no final dos anos 1960 e a diversidade de significados contidos no vocábulo motivaram Pateman (1992, p.9) a desenvolver estudos voltados a responder à seguinte questão: “Qual o lugar da ‘participação’ numa teoria da democracia moderna e viável?” No estudo da obra de vários autores – Schumpeter, Berelson, Dahl, Sartori, Eckstein – identificados por Pateman como teóricos contemporâneos da democracia, a autora encontra uma crítica feita às teorias clássicas da democracia argumentando a inviabilidade e/ou o perigo do ideal democrático do máximo de participação por parte do povo.

Pateman constrói, ainda, uma síntese dos pontos de convergência entre os autores citados sobre uma teoria contemporânea da democracia: é um método político para escolha dos líderes que competem pelo voto do povo em eleições periódicas e livres, tendo como princípio a igualdade política, baseada no sufrágio universal, cada indivíduo um voto, e igualdade de oportunidade dos eleitores de ter acesso a canais para influenciar os líderes. E ainda, que o medo dos líderes da perda do mandato em novas eleições funcionaria como controle dos eleitores sobre aqueles. Além disso, a ampla participação da população é considerada um risco para a estabilidade dos regimes políticos, pois o cidadão não estaria

capacitado a opinar sobre as decisões políticas e sua participação poderia gerar excessiva pressão por demandas que o sistema político não estaria preparado para responder. Esta participação só deveria ocorrer no momento do voto, quando a população elegeria seus representantes.

[...] a função da participação nessa teoria é apenas de proteção; a proteção do indivíduo contra decisões arbitrárias dos líderes eleitos e a proteção de seus interesses privados. É na realização desse objetivo que reside a justificação do método democrático (PATEMAN, 1992, p.25).

Ainda segundo a referida autora, essas teorias de democracia têm caráter empírico ou descritivo, pois foram formuladas a partir de investigações sociológicas dos comportamentos políticos em experiências históricas de democracia nas sociedades ocidentais contemporâneas. E apesar de seus autores negarem seu caráter normativo, muitos estudos são do modelo anglo - americano, apontado como o modelo ideal de democracia.

Pateman (1992), porém, defende uma releitura dos teóricos clássicos da democracia – Rousseau, James Mill, John Stuart Mill, Bentham e G. D. H. Cole – em especial Rousseau, cujo ideal era que o cidadão deveria participar de forma contínua na tomada de decisões e que esta participação teria uma função educativa para tornar o indivíduo mais responsável e desenvolver o seu senso de justiça.

Segundo Nobre (2004, p.33), os teóricos contemporâneos da democracia participativa – Pateman, Poulantzas, Macpherson – apontam para a necessidade de ampliação da participação nos processos decisórios, e isso é fundamental para “[...] superar não apenas as desigualdades materiais que impedem a efetiva realização das liberdades apenas prometidas pelo direito sob o capitalismo, mas também os déficits de formação política da opinião e da vontade que daí resultam [...]”.

As experiências históricas de democracia inspiraram reflexões que levaram à construção de modelos teóricos voltados para orientar ou mesmo avaliar as práticas

democráticas. Embora os modelos apresentem muitas variações, Ugarte (2004) chama a atenção para a necessidade de se estabelecer uma definição mínima de democracia que permita analisar se um sistema político é ou não democrático e ao mesmo tempo valorar onde há mais ou menos democracia. Para o autor, as diferentes teorias possuem uma fundamentação normativa e estão ligadas a algumas idéias fundamentais, tais como: autonomia política, igualdade política, existência de opções de escolha e o estabelecimento de regras para orientar as disputas políticas. Essa concepção mínima é apresentada como sendo uma visão formal de democracia.

Tal concepção formal como método ou procedimento para organizar a competição política é denominada por alguns autores de minimalista. Bobbio (2000, p.22), porém, não adota esta caracterização, mas também argumenta que deve haver uma definição mínima de democracia, capaz de distinguir entre dois tipos ideais de governo – democracia ou autocracia. Segundo o mesmo autor, essa visão formal é considerada “[...] muito pobre pelos movimentos que se proclamam de esquerda”.

Nas sociedades européias, a constituição da democracia foi acompanhada da conquista de direitos – civis, políticos, sociais – e a implantação do Estado de bem-estar social. Isto possibilitou reduzir as desigualdades sociais com vistas a alcançar a justiça social, combinando mecanismos de proteção das liberdades com igualdade de oportunidades para a maioria da população, por meio da garantia dos direitos sociais. Esta configuração política apresenta o que alguns autores chamam de concepção substantiva de democracia.

Santos e Avritzer (2002) analisam os debates travados em torno da idéia de democracia durante o século XX. Inicialmente, se argumentava sobre sua desejabilidade. Este debate saiu vitorioso, mas o modelo que se tornou hegemônico impôs grandes restrições à participação dos cidadãos e à soberania popular, prevalecendo o modelo formal, ou seja, os procedimentos para formação de governos e a participação apenas no momento do voto.

Outro eixo do debate, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, dizia respeito às condições estruturais da democracia e à sua (in)compatibilidade com o capitalismo (SANTOS; AVRITZER, 2002). No entanto, com as vitórias da social democracia em vários países da Europa, que proporcionou muitas conquistas aos trabalhadores, esperava-se colocar limites à exploração capitalista com o desenvolvimento de políticas distributivas, ao mesmo tempo em que se discutiam modelos alternativos à democracia liberal. Esse debate, segundo Santos e Avritzer (2002), suscitado sobretudo pelos marxistas Pateman e Poulantzas, propunha a democracia participativa, inclusive para mediar as relações entre capital e trabalho, no âmbito das empresas.

As transformações no mundo do trabalho, o avanço do neoliberalismo e as experiências recentes de democratização, na década de 1980, sem melhorias significativas nas condições de vida da maioria da população, acendem o debate e o direcionam para a forma da democracia e suas variações, demonstrando a crise do modelo hegemônico de democracia liberal (SANTOS; AVRITZER, 2002).

A exemplo de Santos e Avritzer, Ugarte (2004) também faz referência a análises que apontam para a crise das idéias de direito e democracia nas últimas décadas. Essa crise pode ser percebida em vários fenômenos concretos: os sucessivos golpes contra o Estado de bem-estar social, a hegemonia do neoliberalismo e o desencanto dos cidadãos com a democracia, a demonstrar a distância cada vez maior entre os ideais e a realidade concreta.

Segundo observado, a democracia representativa e suas instituições políticas tradicionais, como o parlamento e os partidos políticos, têm sido percebidas como insuficientes para garantir a democracia em sociedades complexas, com uma crescente sociedade civil. Conseqüentemente, a crise desse modelo vem gerando movimentos em várias partes do mundo que o contestam ou afirmam sua insuficiência. Apontam para a necessidade de combinar a democracia representativa dos modernos com mecanismos de democracia

direta dos antigos, ou seja, a democracia participativa, onde o cidadão não delega poderes aos seus representantes, mas participa, diretamente, da tomada de decisões. Para isso é preciso ampliar a esfera pública com novos canais para a participação política dos cidadãos nas decisões de interesse da coletividade.

Na realidade das democracias contemporâneas, em sociedades onde o modelo está consolidado – Europa e Estados Unidos – e em outras, que vivenciaram recentes processos de democratização – Leste Europeu e América Latina – o que se constata é a dominação de elites políticas e a não participação da maioria da população nas decisões, exceção ao momento do voto. Mas como afirma Nobre (2004, p.26), a quebra do monopólio das elites na posição de definir os rumos da sociedade humana “exige também uma transformação na cultura política da sociedade que não resulta somente do estabelecimento de novas leis”.

Nobre (2004, p.35) também define as teorias democráticas como sendo concepções normativas e que a participação e a deliberação têm valor bastante diferenciado nessas correntes. No entanto, conforme destaca, não se pode reduzir a democracia a um modelo de organização político-estatal. “Mais que isso, tem de compreender a democracia como uma *forma de vida*, como pressupondo uma *cultura política* da qual depende, para a institucionalidade político-estatal, inclusive”.

Contudo, na opinião de Lechner (2004), a democracia tem conquistado grande reconhecimento na América Latina, embora saliente, na mesma direção de Ugarte (2004) e Santos e Avritzer (2002), que a hegemonia neoliberal e as transformações políticas, econômicas e culturais vêm provocando mudanças no sentido da democracia. Ainda conforme afirma, a derrocada das experiências do socialismo real e a globalização capitalista não têm alterado apenas o mapa mundial, mas os nossos mapas mentais, as categorias interpretativas da realidade. “[...] um traço eminente da nossa época reside na erosão dos mapas cognitivos,

desestruturando o campo do possível e turvando as utopias que cristalizam o sentido que atribuímos à democracia” (LECHNER, 2004, p.8).

Ao prosseguir em suas reflexões ele argumenta que as possibilidades de consolidação da democracia na América Latina estão condicionadas pelos processos de modernização, aqui entendidos como as mudanças socioeconômicas para a inclusão das economias nacionais em uma economia globalizada. E que há uma tendência desses dois processos, democratização e modernização, serem tratados separadamente. Todavia, não se pode pensar uma modernização separada dos processos incluídos da cidadania, pois isto envolve repensar os sentidos da democracia e os novos significados da política.

A democracia no Brasil

Particularizando o debate para analisar a democracia no Brasil, antes de inferir sobre alguns elementos passíveis de caracterizar o nosso atual modelo de democracia, convém resgatar algumas discussões que fomentaram o debate durante a transição da ditadura militar para o Estado Democrático de Direito definido na Constituição brasileira de 1988.

Há mais de quinhentos anos o autoritarismo predomina na nossa história. O Estado é autoritário porque a sociedade é autoritária (CHAUÍ, 1993). Entretanto, o debate travado em torno dos movimentos pela (re)democratização divide alguns analistas, com base na memória oficial segundo a qual o Brasil viveu uma democracia entre 1946 e 1964. Luz (2000) ao se referir a esta conjuntura diz que o Brasil respirou ares democráticos. E Chauí (1993, p.50) destaca vários elementos de análise para questionar a afirmação de que o Brasil viveu uma democracia, mostrando as marcas do autoritarismo conservadas, nesse período, contrários à democracia liberal:

Essa memória é paradoxal porque tecida de vários esquecimentos significativos, como, por exemplo, o de que a Constituição de 1946 define a greve como ilegal, mantém a legislação trabalhista outorgada pela ditadura Vargas (e que é reprodução literal da *Carta del Lavoro*, de Mussolini), proíbe o voto aos analfabetos (isto é, à

maioria da população, na época), coloca o Partido Comunista na ilegalidade, conserva a discriminação racial e não questiona a discriminação das mulheres, consagrada pelos códigos Civil e Penal etc.

No processo recente de luta contra a ditadura militar, conforme defende Chauí (1993), o processo iniciado em 1975, idealizado por Golbery, Ministro da Casa Civil no regime militar, não seria um processo de redemocratização, mas um processo de liberalização do regime. Martins (2005, p.14) também argumenta na mesma direção afirmando que a derrocada do regime autoritário de corte militar “se deu mediante um processo gradual de liberalização que contou com a participação dos mais variados setores da sociedade brasileira [...]”, inclusive daqueles que por convicções liberais haviam apoiado a ditadura anticomunista.

Surge, então, na sociedade o processo de luta pela democratização. As motivações que levaram muitos setores da sociedade civil a se mobilizar contra a ditadura militar eram bastante diferenciadas. Todavia, algumas reivindicações conseguiram unificar vários segmentos da sociedade, entre elas a luta pelos direitos humanos e a eleição de uma Assembléia Nacional Constituinte, livre e soberana.

Como ressalta Dagnino (2002), a constituição de uma democracia é um processo bastante complexo, principalmente numa realidade como a nossa, onde o Estado autoritário permanece intocado e resistente. Além disso, as elites sempre protagonizaram, em vários momentos significativos da nossa história, o papel principal, excluindo a participação da maioria da população. Coutinho (1980, p.32), no início das lutas pela democratização, enfatizava a importância da sua conquista para a sociedade brasileira mesmo nos limites formais-liberais, e já destacava a estratégia histórica das elites de promoverem conciliações pelo alto, excluindo a participação da maioria da população brasileira:

Essas transformações “pelo alto” tiveram como causa e efeito principais a permanente tentativa de marginalizar as massas populares não só de uma participação ativa na vida social em geral, mas sobretudo do processo de formação das grandes decisões políticas nacionais.

As elites dominantes comandam e impõem à maioria da população suas estratégias de conciliação com vistas a preservar interesses particulares e privilégios em detrimento dos interesses da maioria. Foi assim no processo de democratização, com o evento emblemático do movimento das Diretas-Já, no qual grandes parcelas da população se mobilizaram e reivindicaram eleições diretas para presidente em 1984, enquanto alguns que subiram nos palanques para fortalecer o coro pelas Diretas se sentaram nos gabinetes para fazer o acordo que legitimou o colégio eleitoral.

Weffort (1984) afirma que a vitória, via colégio eleitoral, da proposta liberal conservadora encabeçada pelos moderados do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) com o apoio dos dissidentes do Partido Democrático Social (PDS) – partido que congregava os militares e seus apoiadores, que se retiraram para formar o Partido da Frente Liberal (PFL) – foi a vitória das elites, organizadas para garantir mais continuidades do que mudanças. Para Weffort (1984, p.18), o pacto político restringiu-se ao estabelecimento de regras para organizar a competição política em meio a uma crise econômica sem nenhuma proposta para sua superação.

Limitando-se a uma disputa entre os grupos dominantes e as elites que os representam, não há nenhum “pacto social” embutido nesse processo sucessório. Na melhor das hipóteses, haverá, talvez, um “pacto político” visando a reorganização institucional do país. A crise econômica continua, e já se pode prever que seus custos maiores continuarão sobre os ombros dos trabalhadores.

As bandeiras de luta no processo de democratização continham reivindicações por democracia política, redução das desigualdades sociais e garantia de direitos. No entanto, a garantia das liberdades individuais, dos direitos políticos e o estabelecimento formal de uma democracia representativa liberal conservadora atendia, apenas, parcialmente aos anseios da maioria da população brasileira, ficando no discurso a vontade política de conciliar democracia política com igualdade social. Mas segundo Weffort (1992, p.17 -18), a Constituição de 1988 define instituições políticas que apontam para uma ordem democrático - liberal e levanta a hipótese de:

[...] que nesta nova ordem político-institucional as “questões sociais” foram acrescentadas à margem. Elas só estão ali porque foi impossível evitá-las, especialmente devido às pressões sociais exercidas no período de redação constitucional; de qualquer modo, permanecem marginais. Além disso, mesmo esta débil presença social na Constituição não pode ser desvinculada do caráter corporativista de muitas manifestações de grupos e movimentos, os quais se revelaram incapazes de propor uma nova visão da comunidade nacional.

Esta hipótese do autor encontra respaldo na realidade brasileira, pois permanece no país um sistema dual, onde a elite e uma parcela da população que está integrada, organizada por meio de associações e outras entidades da sociedade civil conseguem participar da competição política e usufruir de bens e serviços como cidadãos consumidores, enquanto outra parcela significativa tem participação eleitoral, mas continua desorganizada, sem acesso aos mínimos sociais (SPOSATI, 1997) que lhes garanta uma vida digna. Por essa ausência de condições, são vítimas de manipulação política, favorecida pelo clientelismo. “Não são marginalizados por nenhum tipo de restrição institucional, mas pelas próprias condições sociais, políticas e culturais em que vivem e que os transformam em massas amorfas” (WEFFORT, 1992, p.23).

A transição e a consolidação democrática têm gerado vários debates e o esforço dos cientistas, quer sociais quer políticos, para interpretar esses fenômenos. O'Donnell (1991, p.25-26), ao analisar esses processos na América Latina, construiu uma tipologia para classificar essas novas democracias. Todavia, ele ressalta que o tipo de democracia não varia em função do processo de transição: “Parece ter mais peso, de um lado, fatores históricos de longo prazo e, de outro o grau de profundidade da crise sócio-econômica que os governos democráticos recentemente instalados herdaram”. Apesar de se enquadrarem no critério de democracias políticas, algumas características fazem com que o autor construa a hipótese segundo a qual em vez de caminharem para se rem democracias representativas, elas tendem a ser democracias delegativas. Os casos do Brasil, Argentina e Peru são exemplares.

O quadro de uma grave crise socioeconômica, a escassez de instituições democráticas consolidadas e a presença marcante de relações não formalizadas, como o clientelismo, o patrimonialismo, a corrupção, abrem espaço para que a tomada de decisões sobre as políticas públicas não se cumpra pelas instituições democráticas. Com isso o presidente eleito “é autorizado a governar o país como lhe parecer conveniente [...] O presidente é a encarnação da nação, o principal fiador do interesse nacional [...]” (O'DONNELL, 1991, p.30).

Neste tipo de democracia, os partidos políticos e o parlamento, principais instituições nas democracias representativas, têm seus papéis secundarizados pela hipertrofia do executivo. Mesmo o presidente sendo eleito por um partido, facilmente o programa partidário é abandonado, e o eleito passa a governar conforme suas convicções e segundo as forças políticas internas e externas determinarem. Governando por meio de decretos ou medidas provisórias, as propostas não chegam a ser amplamente debatidas nem no parlamento nem nas organizações da sociedade civil.

Ainda conforme O'Donnell (1991), a falta de debate amplo concorre para a pouca consistência e pouco consenso em torno das políticas públicas, e o sucesso ou fracasso é

creditado ao presidente e sua equipe. Isto provoca fragilidade e instabilidade no regime. As análises desenvolvidas pelo autor se referem, principalmente, aos períodos das eleições diretas para presidentes na América Latina, após as ditaduras militares, e à implantação dos pacotes de estabilização da economia.

Sem utilizar a tipologia de democracias delegativas, Lechner, (2004) levanta alguns elementos da análise de O'Donnell, acrescentando que no contexto das novas democracias latino-americanas com grande fragilidade institucional, a participação política do cidadão desloca-se de uma deliberação prévia sobre a condução da política para uma avaliação posterior dos resultados e que os partidos abandonam seu projeto programático para investir em estratégias personalistas.

Weffort (1992), ao analisar a eleição de Collor, em 1989, confirma esses indicadores apresentados por O'Donnell (1991). Collor foi eleito por um partido caracterizado como uma sigla de aluguel, ele prometeu governar para os descamisados, tomou medidas de grande impacto sobre parcelas da população sem um debate amplo no congresso e/ou na sociedade e contribuiu para agravar a crise social e econômica com a adoção do neoliberalismo. O autor também faz algumas considerações sobre o impacto das condições socioeconômicas no comportamento político da população mais pobre e a tendência de elegerem o salvador da pátria:

As massas de indivíduos que vivem abaixo da linha de pobreza, ou que estão muito perto desse limiar, parecem mais preparadas para apoiar alguém que lhes prometa resolver seu problema imediato do que alguém que os convoque a se organizarem para resolver o seu problema junto com os grandes problemas do país (WEFFORT, 1992, p.137).

A reflexão de Weffort põe a nu um dos problemas presentes na questão da democracia e da participação política no Brasil. Ao mesmo tempo denota o grande desafio de ampliar a

participação nesses segmentos da população situada à margem dos processos de decisão e dos benefícios que o desenvolvimento socioeconômico produz no país.

Outra referência para analisar a democracia no Brasil é o estudo dos seus aspectos legais, observando a Constituição de 1988, no seu artigo 1º. A república brasileira constitui-se como um Estado Democrático de Direito com os seguintes princípios fundamentais: a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; o pluralismo político. Caso esses princípios funcionassem como norteadores para a formulação das políticas públicas, sua observância já indicava um pacto social. Contudo, a adoção do neoliberalismo como modelo de organização econômica e estatal fragiliza esses princípios.

O parágrafo único do 1º. artigo estabelece: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Desse modo reafirma o princípio da soberania popular, que do ponto de vista formal é representada pelo sufrágio universal, na escolha dos representantes e na utilização dos instrumentos de democracia direta.

No entanto, a efetividade desse princípio é relativizada pela possibilidade real do povo em geral exercer esse poder; pela influência do poder econômico nas campanhas políticas; pela capacidade da parcela da população que está organizada – não só os trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia, os funcionários públicos e das estatais, mas, principalmente, o empresariado, que tradicionalmente já garante privilégios – participar de forma mais efetiva na defesa de seus interesses, muitas vezes por meio do corporativismo, tornando o Estado privatizado; enquanto aqueles que não estão organizados não conseguem defender seus direitos nem ter acesso àqueles formalmente já garantidos.

O enunciado da Constituição combina elementos da democracia representativa – eleição de representantes – com mecanismos de democracia direta, definidos no artigo 14. “A

soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular”.

A iniciativa popular é a prerrogativa dos cidadãos apresentarem projetos de lei a partir da assinatura de um percentual do número de eleitores do território onde a lei irá vigorar. Ela está definida na própria Constituição em relação aos municípios, no artigo 29, e em relação à União, no artigo 61. Em relação aos estados, o artigo 27 remeteu para lei complementar, regulamentada pela Lei 9.709/98. Mas mesmo esses projetos de iniciativa popular dependem da aprovação do poder legislativo, na esfera correspondente.

No plebiscito e referendo, a população é convocada a decidir sobre dispositivo legal e questões de relevância pública que afetam toda a coletividade. Contudo, a convocação de plebiscito e a autorização de referendo são de competência exclusiva do Congresso Nacional, artigo 49, isto é, para poder o povo fazer uso desse direito, o Congresso precisa aprová-lo. Portanto, impõe limites ao exercício desse direito e conseqüentemente da democracia participativa. Esta situação está mobilizando entidades da sociedade civil para pressionar o Congresso a alterar esse preceito constitucional, mediante estabelecimento de critérios para que os próprios cidadãos convoquem esses instrumentos. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) está promovendo a Campanha Nacional em Defesa da República e da Democracia e apresentou projeto de lei de reforma do sistema político à câmara dos deputados, às assembleias legislativas estaduais e às câmaras municipais, com particular dispositivo para aprimorar os mecanismos de democracia direta previstos na Constituição.

Do mesmo modo, muitos dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição relacionados à redução das desigualdades e a uma democracia social ainda não se efetivaram, constituindo-se em mais um entrave para a consolidação da democracia no Brasil. É nesse sentido que se torna relevante realizar estudos que identifiquem os entraves e

obstáculos à concretização desses direitos e dos dispositivos democráticos no cotidiano da sociedade brasileira. Este trabalho, coerentemente, destina-se a analisar as práticas de participação da sociedade civil, em particular na garantia do direito à saúde, em suas instâncias políticas de deliberação os conselhos de saúde.

Além dos mecanismos de democracia direta citados, a Constituição definiu a participação da comunidade em todos os níveis de governo na gestão de várias políticas públicas, entre elas: saúde, assistência social, criança e adolescente, regulamentada em suas leis orgânicas, criando conselhos de gestão para essas políticas. Todas essas medidas são instrumentos de democratização do Estado passíveis de ampliar a participação da população nas decisões públicas; são fruto da luta política pela democratização. Todavia, também essas iniciativas, apesar de estarem em pleno funcionamento, ainda suscitam muitos questionamentos quanto à sua eficácia. A análise das práticas de participação objeto dessa pesquisa apresentará algumas dimensões do problema.

Em períodos de crise, a luta pela democratização demonstra que a política ainda é o espaço da liberdade. Isto aponta para a autonomia da política e para a compreensão da democracia como um valor em si (WEFFORT, 1992). Embora a Constituição represente as conquistas legais da democracia brasileira, sua consolidação tem encontrado inúmeros obstáculos. Um desses obstáculos ressaltados por muitos analistas é a profunda desigualdade socioeconômica reinante. O Brasil ostenta um dos índices de concentração de renda mais altos do planeta: a distância entre uma minoria rica e a maioria pobre é enorme. Os indicadores de renda, analfabetismo, anos de escolaridade, percentual da população com nível superior são inferiores aos de alguns países latino-americanos menos industrializados que o Brasil. Entretanto, esses fatores são fundamentais para garantir a autonomia dos indivíduos.

Na opinião de O'Donnell (1998, p.39), embora a desigualdade seja um obstáculo à consolidação da democracia na América Latina, as definições de democracia que a associam a

um grau de justiça social não ajudam na análise daquelas democracias que não alcançaram a igualdade social. Sem abandonar o ideal normativo inspirado pelas experiências históricas das democracias consolidadas, e concordando que a pobreza acentuada reduz a capacidade de autonomia dos indivíduos em vários campos, ele propõe outro elemento para avaliar a qualidade de uma democracia, qual seja, a observância do princípio da lei. Uma democracia pressupõe o princípio básico da igualdade entre os indivíduos, como cidadãos “portadores de direitos e obrigações que derivam de seu pertencimento a uma comunidade política e lhes ser atribuído certo grau de autonomia pessoal e, conseqüentemente, de responsabilidade por suas ações”.

Ao analisar as democracias na América Latina, O’Donnell (1998) caracteriza-as, com exceção da Costa Rica e do Uruguai, como democracias políticas, pois todos os direitos políticos são garantidos – eleições livres e competitivas, sufrágio universal, liberdade de associação, inclusive a partidos políticos, liberdade de expressão, entre outros – no entanto, o princípio da lei não é igual para todos, os cidadãos não conquistaram plenamente os direitos civis. Nesses países “[...] existem enormes hiatos, tanto em termos territoriais quanto em relação às várias categorias sociais, na vigência do que quer que concordemos que significa o princípio da lei” (O’DONNELL, 1998, p.44).

Para fundamentar sua argumentação, o autor aponta várias deficiências em relação à observância desse princípio: falhas na legislação existente; privilégios e discriminações na aplicação da lei, alguns se isentam de cumprir a lei e encontram proteção, inclusive dos agentes públicos que deveriam zelar pelo seu cumprimento; relação de desvantagem dos cidadãos comuns e até de desrespeito a eles que, quando buscam as burocracias estatais para obter seus direitos, são humilhados e tratados como se estivessem recebendo um favor; dificuldades no acesso ao judiciário e a processos justos; ilegalidade pura e simples. Segundo o autor, todos esses aspectos caracterizam a falta de efetividade do princípio da lei.

Se tomarmos cada uma dessas deficiências e analisarmos a realidade brasileira, a partir de informações divulgadas diariamente nos meios de comunicação de massa e pelas entidades de defesa dos direitos humanos, comprovaremos muitos casos exemplificados nos pontos levantados. Avaliando pelo ângulo dos direitos civis e o comando da não garantia com suficiência e qualidade de todos os direitos sociais definidos na Constituição, que poderiam contribuir para a redução das desigualdades, a qualidade da democracia brasileira é bastante questionável. Para O'DONNELL (1998), a democracia não é apenas um regime político, mas também um modo de relacionamento entre o Estado e os cidadãos e dos cidadãos entre si. Portanto, na ausência e/ou fragilidade de instituições democráticas, as deficiências na observância do princípio da lei, esses relacionamentos são fortemente prejudicados.

Já segundo aponta Avritzer (1995), a análise da cultura política permite compreender vários elementos citados por O'Donnell (1998), pois a adoção da democracia como método de coordenação das ações no sistema político não garante o funcionamento democrático das instituições. Por isso, o autor entende a democratização como processo de longo prazo de transformação das práticas cotidianas na relação entre Estado e sociedade, que envolve a incorporação pelos atores políticos dos princípios democráticos expressos em normas e valores. As relações entre cultura política e o processo de democratização serão explorados no próximo capítulo.

Outros autores, entre eles Martins (2005), ao analisar as configurações atuais da democracia brasileira destacam a enorme perplexidade suscitada pelo quadro da hegemonia liberal, que representa na sua reflexão a negação da democracia. Para fundamentar seu argumento, Martins apresenta vários elementos, entre estes, a despolitização dos movimentos sociais e seu refluxo; o esvaziamento da esfera pública de modos alternativos de pensar; e a precariedade dos partidos políticos. Os partidos são as instituições democráticas por excelência às quais caberiam o papel de elaborar uma agenda para construção de um pacto

social resultado de um consenso. Entretanto, o que se constata é a defesa dos interesses particulares impulsionada pela força dos lobbies que dominam o cenário político e a defesa da perpetuação no poder.

São apenas aparelhos de usurpação de um poder público do qual se apropriam para instrumentalizá-lo em proveito do seu mesquinho interesse privado que consiste em garantir, exclusiva e indefinidamente, sua autoperpetuação político-eleitoral (MARTINS, 2005, p.18).

Também na opinião de Cruz (2005, p.42), hoje as questões que impulsionaram os movimentos de democratização na sociedade civil, no pré 64 e na década de 1980, ainda continuam sendo um desafio no intuito de garantir “o desenvolvimento do país com a necessária incorporação das grandes parcelas da população brasileira condenadas a viver em condições subumanas”. Para tanto, torna-se fundamental não só o desenvolvimento econômico, como também “o fortalecimento das instituições e práticas da democracia política”. Além desses elementos, a incorporação das normas e valores democráticos pelos atores políticos e a transformação das práticas cotidianas no aparelho do Estado e na sociedade são considerados nesse trabalho como constituintes de novas práticas de participação e fomentadora de uma nova institucionalidade democrática.

Em seguida analisaremos a política como prática na qual a participação política se efetiva em contextos sociopolíticos bastante diferenciados, cujas relações de poder se configuram como dispositivos institucionais que influenciam na constituição de direitos e da democracia social na maioria das sociedades ocidentais.

2.3 A política e o poder

Ao discutir política Bobbio (1991, p.954) reflete sobre seu significado antigo e moderno, destacando a importância da antiguidade grega na construção do pensamento e das práticas políticas. “Derivado do adjetivo originado de *pólis* (*politikós*), que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social, [...]”, o termo política foi ampliando seu significado ao longo do processo histórico, assumindo significações gerais voltadas para pensar a organização do Estado, as formas de governo, o saber construído em torno da atividade humana responsável pela organização pública, daquilo que é comum. Também tem significado a ciência que estuda a atividade humana relacionada ao Estado.

A democracia foi uma das formas assumidas pela atividade política entre os gregos na antiguidade. Essas experiências de democracia política acrescentaram outros significados à política, não só aquelas atividades do governante inerentes às relações internas referentes à administração pública, mas também as externas com outros Estados, como também um modo de relação entre os cidadãos na organização da vida pública.

Na Grécia, ao lado destas atribuições do soberano, a atividade política desenvolver -se-ia como cimento da própria vida social. O que a política grega acrescenta aos outros Estados é a referência à cidade, ao coletivo da *polis*, ao discurso, à cidadania, à soberania, à lei (MAAR, 1994, p.30).

Apesar de todas as atividades humanas estarem relacionadas com a política, a ação é a atividade especificamente política e condição desta, pois é a “única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo” (ARENDRT, 2001, p.15). A ação é que permite criar o novo, portanto, o

inesperado e a imprevisibilidade fazem parte da política que transforma o mundo, dentro de condições determinadas. Na Grécia, a ação política era uma prerrogativa de todos os cidadãos que participavam da discussão sobre os destinos da pólis e as decisões eram tomadas a partir do discurso, da persuasão.

O ser político, o viver na *polis*, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através de força ou violência. Para os gregos, forçar alguém mediante violência, ordenar ao invés de persuadir, eram modos pré-políticos de lidar com as pessoas, típicos da vida fora da *polis* [...] (ARENDETT, 2001, p.35-36).

Como as atividades necessárias para garantir a reprodução biológica da vida eram desenvolvidas pelos escravos, o cidadão grego era livre para exercer a ação política na pólis. A própria existência do cidadão grego pressupunha necessariamente a existência da desigualdade e do trabalho escravo que permitia a liberdade do senhor para ocupar -se da política. Portanto, os gregos faziam a distinção entre as atividades da vida privada e aquelas relacionadas com a vida pública.

Estas duas ordens de existência correspondiam, respectivamente, à esfera da vida privada, espaço das necessidades; e à pólis, esfera da liberdade. Na esfera privada predominavam a desigualdade e a submissão e se desenvolviam as atividades econômicas para a sobrevivência dos indivíduos. A posse de propriedades, riquezas e escravos era o que permitia ao chefe da família estar livre para participar da esfera pública. Na visão dos antigos, os assuntos relacionados com a sobrevivência do indivíduo, a economia, não eram assuntos políticos, logo, não eram admitidos na esfera pública.

Na esfera pública, o cidadão realizava algumas das mais altas capacidades humanas e as únicas consideradas políticas: o discurso e a ação. É por meio do discurso e da ação que o sujeito se revela na sua singularidade. Contudo, para isso ocorrer é necessário a companhia dos outros homens, que como iguais têm a liberdade de expressão e de ação. “Ser livre

significava ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando de outro e também não comandar. Não significava domínio, como também não significava submissão” (ARENDR, 2001, p.41).

Entretanto, a liberdade de expressão dos antigos era limitada pelos valores morais e a tradição religiosa dominantes, como destaca Delacampagne (2001, p.68) lembrando o julgamento de Sócrates em 399 a.C., que foi condenado por incitar a juventude a pensar independente das tradições morais e religiosas da sociedade. “[...] a margem deixada pelas democracias gregas para a liberdade de expressão é das mais reduzidas – pelo menos se comparada com nossas ‘normas’ atuais”. Também a igualdade tinha um significado diferente do da era moderna; não estava relacionada à justiça, mas ao viver entre pares, pois só poderiam adentrar na esfera pública os cidadãos livres e iguais.

Segundo Bobbio, entre os antigos a política assumia caráter normativo. Eles não definiam o que era a política, mas diziam como a política deveria ser com o fim de se tornar uma boa política. Para Aristóteles, o fim da política era o bem comum; para Platão, era a justiça. No entanto, segundo Bobbio argumenta, baseando-se em Weber, o que define um grupo político são os meios por ele empregado para alcançar os fins a que se propõe e que os fins da Política são muito variados conforme os objetivos de um grupo que detém o poder político e das circunstâncias nas quais ele se move. Todavia, mesmo não defendendo a exigência de um fim, ele afirma que se pode falar “de um fim mínimo na Política: a ordem pública nas relações internas e a defesa da integridade nacional nas relações de um Estado com outros Estados” (BOBBIO, 1991, p.958).

Em Maquiavel a visão da política é bem distinta da dos antigos. Ele tra tou de separar a reflexão política da moral e da religião e esse amoralismo da política é traduzido pela máxima segundo a qual os fins justificam os meios. Ele relata vários meios – guerras, conspirações, alianças, crimes – utilizados pelos príncipes para conquistar e manter o poder. Isto coloca a

política como instrumento. De acordo com Delacampagne, (2001, p.80), Maquiavel “ foi principalmente o primeiro a pensar a política como relação de forças – ou como conjunto de relações de forças em perpétuo, sem co meço nem fim”. A política como a guerra continuada por outros meios.

Maquiavel é o fundador da ciência política. Sua obra clássica, **O príncipe**, não é uma reflexão filosófica sobre a política, mas uma obra científica construída a partir da observação da realidade de seu tempo. Ele “[...] propõe estudar a sociedade pela análise da verdade efetiva dos fatos humanos, sem perder -se em vãs especulações” (MARTINS, 1999, p.16). Nas palavras do próprio Maquiavel, sua obra relata “[...] o conhecimento dos atos dos grandes homens, o qual aprendi na extensa experiência da realidade atual e na lição ensinada pela antiga” (MAQUIAVEL,1999, p.35).

Esta separação entre moral e política possui uma conseqüência: em política, verdade e justiça “têm apenas uma significação relativa – ligada a uma conjuntura, a um momento histórico determinado” (DELACAMPAGNE, 2001, p.82). Denota a autonomia da política e que os critérios de justificação e avaliação das ações são os resultados alcançados (BOBBIO, 1991). Na visão política de Maquiavel, as qualidades humanas são apresentadas para serem vivenciadas quando forem necessárias, pois para conquistar ou manter o poder, mais importante do que ser virtuoso é parecer-lho. “[...] não é preciso que o príncipe tenha todas as qualidades mencionadas; basta que aparente possuí-las” (MAQUIAVEL, 1999, p.110-111).

Na época moderna, o significado de política mudou, e passou a dominar o sentido atribuído à atividade relacionada ao Estado. Um outro sentido também está relacionado ao exercício do poder. O homem pode exercer o poder sobre o homem de várias formas; o poder político é uma delas e está ligado à emergência do Estado moderno.

A violência e a força na antiguidade grega eram fenômenos pré-políticos, predominantes na esfera privada. Enquanto na esfera pública não se exercia o domínio, mas o

convencimento por meio da palavra e da persuasão (ARENDR, 2001), na modernidade, os cidadãos abdicam do direito ao uso da força em favor do Estado, que passa a ter o monopólio legal da violência. Este poder coator atribuído ao Estado por meio do ordenamento jurídico expressa a universalidade deste poder a que todos os indivíduos estão submetidos e que pode se ampliar para vários campos da atividade humana.

Conforme argumenta Foucault (2002, p.50) ao refletir sobre o poder do Estado, mais que uma teoria da soberania, o que existe é uma teoria das dominações, pois o ordenamento jurídico regulamenta as relações que produzem e reproduzem a dominação com base em três elementos fundamentais: “Tríplice ‘primitivis mo’, pois: o do sujeito que deve ser sujeitado, o da unidade do poder que deve ser fundamentada e o da legitimidade que deve ser respeitada”. Ele também partilha da compreensão de que “[...] a política é a guerra continuada por outros meios” (idem, p.55).

Outra definição de política é apresentada por Schmitt apud Bobbio (1991, p.959) “segundo a qual a esfera da política coincide com a relação amigo -inimigo”. Esta concepção fundamenta-se na compreensão da política como o campo do antagonismo. Neste campo a atividade política deriva de um conflito gerado pelo desencontro de interesses, que pelo grau de intensidade assume esta forma amigo -inimigo. E é esta intensidade que irá caracterizar o conflito político. Uma função da política é “[...] de associar e defender os amigos e de desagregar e combater os inimigos”. Segundo Bobbio, a contribuição de Schmitt para a discussão sobre a política é caracterizá-la como um campo das ações humanas permeado de conflitos e conflitos antagônicos e que requer o uso da força para solucioná-lo.

Essa relação amigo-inimigo não pode ser identificada apenas nas relações externas exemplificadas por Lechner (2004), como as relações entre os blocos econômicos e políticos comandados pelos Estados Unidos de um lado e União Soviética de outro, durante a guerra fria. Alguns conflitos de interesses internos também podem assumir esta característica,

requerendo o uso da força, muitas vezes fundamentada na lei, para sua solução. Esse significado está sendo apresentado porque sua caracterização me pareceu adequada para analisar alguns aspectos das práticas de participação na disputa pelo poder quando os conflitos se acirram dentro do Conselho de Saúde e repercutem de diferentes formas nas práticas de participação, objeto desse estudo, cujo detalhamento será realizado no capítulo quatro deste trabalho.

Outro autor que ofereceu importantes elementos para pensar a política e a organização de uma vontade coletiva para conduzir a luta revolucionária e a constituição de um novo Estado foi Gramsci. Sua concepção de política vai estar marcada pelo pensamento de Maquiavel, e Gramsci o interpreta como um pensador capaz de levantar questões relacionadas com seu tempo e propor soluções para a formação do Estado italiano:

O caráter utópico do Príncipe consiste em que o Príncipe não existia na realidade histórica, não se apresentava ao povo italiano com características de imediatismo objetivo, mas era uma pura abstração doutrinária, o símbolo do chefe, do *condottiero* ideal; mas os elementos passionais, míticos, contidos em todo o livro, com ação dramática de grande efeito, juntam-se e tornam-se reais na conclusão, na invocação de um príncipe “realmente existente” (GRAMSCI, 1984 b, p.4).

Também a história do pensamento político de Gramsci está visceralmente ligada aos movimentos políticos do seu tempo e ao legado teórico de Marx para quem não cabe ao filósofo apenas interpretar o mundo, mas transformá-lo, o que vai gerar uma identificação entre filosofia e política. Para tanto Gramsci dedicou a maior parte da sua vida à militância política e à elaboração teórica sobre a política para orientar a luta do proletariado. Como Maquiavel, ele vai pensar a política como uma guerra, luta permanente para construir a hegemonia.

As contribuições de Gramsci para pensar a política e o Estado moderno são destacadas por Coutinho (1981, p.69): “[...] o ponto preciso onde me parece residir o movimento de

renovação dialética dos ‘clássicos’, na obra madura de Gramsci, é o terreno da *teoria política*”. Segundo Coutinho, esta renovação de Gramsci foi possível porque ele excluiu ou subestimou a perspectiva econômica na sua análise, elaborou o conceito de sociedade civil, espaço para o convencimento e construção da hegemonia, destacando ainda o papel da cultura na transformação social.

Para Gramsci (1984b, p.18-19), o primeiro elemento da política é o fato de existirem “[...] governados e governantes, dirigentes e dirigidos. Toda a ciência e a arte política baseiam-se neste fato primordial, irreduzível (em certas condições gerais)”. Essa divisão é resultado da divisão social do trabalho e na organização da luta política cabe discutir sobre a permanência ou não dessa divisão.

Todavia, o elemento fundamental para a ação política é o partido por ele denominado de o moderno príncipe. Este, necessariamente, não precisa ser um partido, pode ser até um antipartido, um jornal, uma revista, funcionando como frações de partido, que opera como uma força dirigente capaz de organizar a luta política e a vontade coletiva para fundar um novo Estado. Entretanto, uma das tarefas anteriores à conquista do poder é organizar um programa para promover uma reforma intelectual e moral da sociedade. Também nesta tarefa o partido terá papel fundamental na formação de quadros destinados a empreender o trabalho de mobilização das massas e formação de base dos trabalhadores.

Gramsci elaborou uma nova interpretação da ação política não só como força, mas como consenso, não só dominação, mas direção, espaço para o convencimento e a persuasão, para a construção da hegemonia. Contudo, na atualidade, a definição do partido de massas como central para a organização da ação política para transformar a realidade encontra poucas evidências empíricas que a sustente. Isso pode ser percebido pelas experiências do socialismo real e a atuação dos partidos de esquerda, tanto nos países do centro como da periferia do capitalismo, os quais não têm mais como objetivo a transformação da sociedade, mas a

administração das crises do capitalismo e as reformas capazes de garantir seu livre desenvolvimento.

Ainda valendo-se da metáfora da guerra, Gramsci pensa a luta política como momentos distintos de um processo permanente que ora pode assumir a forma da guerra de movimento para a conquista do Estado e da guerra de posição, desenvolvida fundamentalmente na sociedade civil para a conquista da hegemonia. Nessa luta política Gramsci colocava como central a organização do partido do proletariado. As novas determinações da política apontam novos sujeitos coletivos, protagonistas dos movimentos sociais. No entanto, estes novos protagonistas não buscam mais a conquista do Estado, mas a imposição de limites à ação deste e à do mercado (AVRITZER, 1994).

Na visão de Gramsci, com a conquista do poder do Estado pelo proletariado, organiza-se a ditadura do proletariado que terá o papel de construir a sociedade comunista, onde se passará do reino da necessidade ao reino da liberdade. Uma sociedade sem classes e sem Estado, na qual funcionará o autogoverno dos produtores associados.

A utopia gramsciana foi pensada, inicialmente, por Marx e Engels, que, segundo Arendt (2003, 46), predizem o fim da política: “[...] a sociedade sem classes e sem Estado de alguma forma realiza as antigas condições gerais de liberação do trabalho e, ao mesmo tempo, a liberação da política. Isso deveria suceder quando a ‘administração das coisas’ tivesse tomado o lugar do governo e da ação política”. Entretanto, como bem destacou Arendt (2001), na modernidade os interesses privados ganham cada vez mais importância na esfera pública e os assuntos comuns, ou interesses gerais, são subsumidos em face dos grandes interesses econômicos.

Marx intuiu algumas condições que somente no século XX começaram a se concretizar, como o grande desenvolvimento das forças produtivas, que tem liberado a maioria dos trabalhadores dos países industrializados do trabalho penoso e aumentado o seu

tempo livre para o lazer. Todavia, o desenvolvimento técnico -científico não aumentou apenas o tempo livre, mas tem gerado o fenômeno do desemprego, que era tratado como cíclico, mas hoje é estrutural².

Portanto, o desenvolvimento das forças produtivas gera novas determinações no mundo do trabalho, com graves conseqüências para o trabalhador, não só liberado do trabalho penoso, mas excluído do mercado de trabalho e dos meios para garantir sua reprodução, ou submetido a relações de trabalho precárias. Esse contexto exerce grande impacto sobre a participação do trabalhador no movimento sindical e contribui para a descrença do cidadão em relação à política. Os Estados, que nos países do centro do capitalismo em passado recente, implementavam políticas – regulação keynesiana, Estado de bem-estar social – capazes de reduzir os impactos da lógica do sistema sobre a maioria da classe trabalhadora, hoje se apresentam como impotentes para solucionar as graves crises vividas pela sociedade mundial. Enquanto isso, o discurso neoliberal³ defende o ajuste fiscal do Estado e a generalização das relações mercantis em todos os espaços da vida social.

As transformações do mundo do trabalho, a crise do Estado de bem-estar social, e a derrota das experiências do socialismo real fortaleceram a ideologia do fim da história e do mercado como espaço adequado para a solução dos conflitos sociais. Com isso ficou cada vez mais distante a idéia de revolução para tomar o Estado, bem como o ideal de reforma para a melhoria gradual das condições de vida dos trabalhadores, cotidianamente mais deterioradas.

Como é notório, as conseqüências da crise do mundo do trabalho e dos avanços do neoliberalismo têm sido tema de debate de vários autores, entre eles Viviane Forrester em seu livro o **Horror econômico**. Contudo, Génèreux (2001, p.22) propõe outra perspectiva de

² A crise do capitalismo iniciada na década de 1970 tem provocado transformações no mundo do trabalho, impactando não apenas na reprodução da força de trabalho, mas na organização e participação dos trabalhadores. Vários autores têm se dedicado ao estudo desses processos. Entre eles podemos citar: Harvey (1992), Teixeira e Oliveira (Orgs.) (1996) e Antunes (1995).

³ Para compreender o neoliberalismo ver os seguintes estudos: Fiori (1994; 1996), Sader e Gentili (Orgs.) (1995; 1999).

análise, afirmando que o horror não é econômico, é político: “De fato, a pobreza, o desemprego, a exclusão social não constam de modo algum das ‘leis da Economia’. Constam das leis dos homens, e a vocação política é, justamente, redefinir -las em função das escolhas coletivas que saem do debate democrático”.

O autor ora citado destaca como a política vem perdendo sua importância na tomada de decisões sobre a constituição do mundo comum e como a predominância do discurso técnico e da lógica capitalista ocuparam o espaço da política. “O fim não precisa mais justificar os meios, pois os meios se tornaram fins” (GÉNÉREUX, 2001, p.17). As conclusões de sua análise vêm se somar à de outros autores, afirmando que a crise é da democracia, reforçada pela ausência de participação do cidadão no debate político, pela forma como a política vem sendo exercida, com a falta de compromisso dos políticos profissionais, falta de informações confiáveis, de vontade política e o predomínio da mentira para garantir sucesso nas urnas. Apesar de falar da realidade da França, muitos dos problemas expostos pelo autor podem ser encontrados em todas as democracias ocidentais.

A separação entre moral e política e a máxima de que os fins justificam os meios são levados às últimas consequências nas campanhas políticas voltadas a produzir efeitos de verdade para conquistar os eleitores. Segundo Arendt (2003, p.311), a discussão sobre verdade e política está para além da concepção de verdade racional, ou da noção de opinião, mas sim para a verdade factual, cujo contrário é a mentira, utilizada na política como recurso para manipulação das massas. Conforme destaca: “Devemos agora voltar nossa atenção para o fenômeno relativamente recente da manipulação em massa de fatos e opiniões, como se tornou evidente no reescrever a história, na criação de imagens e na política governamental efetiva”.

Lechner (2004) também analisa os efeitos destrutivos do neoliberalismo sobre a política e as transformações por ela sofridas. Estas transformações afetam tanto as

democracias consolidadas como as novas, independentemente de ser os governos de direita ou de esquerda. O autor faz uma distinção entre política, como prática institucionalizada, e o político, como vivência e valorização que atribuímos à comunidade dos cidadãos. Mas tanto uma quanto o outro estão sofrendo profundas transformações. Para Lechner, o ideal moderno de construção deliberada da ordem social começa a ser colocado em xeque a partir da concepção de uma sociedade auto-regulada e das conseqüências imprevisíveis e indesejáveis da ação política. Nesse contexto, a centralidade da política na construção da sociedade humana desloca-se para a função de coordenação negociada das ações fundadas em benefícios mútuos.

O ideal do neoliberalismo de substituir a política pelo mercado como instância máxima de regulação social manifesta-se pelo domínio da sociedade econômica sobre a sociedade política, transformando os imperativos técnicos em princípios normativos que todos devem seguir. Circunscrito aos espaços nacionais, o poder político é solapado como conseqüência das limitações impostas à soberania nacional e à soberania popular, tão fundamental para a democracia. Segundo observado, as práticas institucionalizadas da política partidária têm funcionado mais para gerenciar as crises do que propor alternativas, renunciando ao ideal de construção do futuro, deixando nos cidadãos um sentimento de incerteza.

No atual contexto, as novas formas de fazer política exercem marcante impacto sobre os cidadãos e sobre a imagem que eles têm sobre a política, como condução e proteção. “As pessoas esperam da política uma direção que decida sobre o possível, o provável e também sobre os objetivos desejáveis” (LECHNER, 2004, p.13). Embora a aspiração a um bom governo continue presente, todas essas transformações, adoção pelos políticos da lógica de mercado e o fim das ideologias que provoca uma indistinção entre os partidos políticos, têm gerado um mal-estar com a política que não pode ser interpretado apenas como rejeição a ela.

Todavia, o autor identifica nas mobilizações da sociedade um sentido de que não deve haver um retrocesso em relação ao já conquistado.

Essas novas configurações da política e a descaracterização dos partidos políticos têm provocado vários questionamentos sobre os sentidos da ação política e os sujeitos coletivos capazes de construir uma nova hegemonia. Os olhares dos teóricos voltam-se para o crescimento dos novos movimentos sociais e o fortalecimento da sociedade civil que se levanta para afirmar que um novo mundo é possível, a partir de experiências concretas de democracia participativa e dos movimentos contestatórios contra a hegemonia neoliberal. Algumas dessas experiências estão sendo desenvolvidas mundo afora e em especial no Brasil. Aqui os gritos de contestação, indignação e novas perspectivas são entoados, em mais de uma edição do Fórum Social Mundial, que tem reunido pessoas, movimentos, organizações da sociedade civil de várias partes do planeta, como destaca Sader (2002, p.657):

Significativamente, o Fórum Social Mundial foi encontrar em Porto Alegre sua sede, como se marcassem encontro uma das mais avançadas experiências de democracia participativa em nível local e o amplo e diversificado movimento de questionamento da globalização liberal, para acertar contas, verificar ondas, confrontar suas reivindicações e colocar os marcos de construção de uma proposta hegemônica alternativa à globalização liberal.

3. A CULTURA POLÍTICA, A SOCIEDADE CIVIL E OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO: OS NEXOS CONSTITUINTES DAS PRÁTICAS PARTICIPATIVAS NA LUTA PELA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Neste capítulo abordarei a cultura política e sua interface com o processo de crescimento e fortalecimento da sociedade civil e dos espaços de participação – movimentos sociais, conselhos de saúde em uma perspectiva sócio-histórica. Esta análise se circunscreve nas relações entre Estado e sociedade, no Brasil, no que concerne à identificação das práticas de participação dos sujeitos individuais e coletivos na conquista do direito à saúde, sobretudo quanto à sua institucionalização como um horizonte de democracia social como uma “política cidadã” em sociedades ditas modernas.

3.1. A cultura política: contribuições conceituais

Cultura política é uma abordagem da ciência política contemporânea voltada a explicar as motivações ou constrangimentos da ação social, individual ou coletiva, ou seja, as crenças e valores que orientam os sujeitos na ação política, como salienta Baquero (2001, p. 102):

[...] a cultura política ocupa um lugar central no cotidiano dos indivíduos, podendo servir tanto para regular a transmissão de valores políticos, quanto para legitimar o funcionamento das instituições políticas. A forma como se constrói e se difunde essa cultura está diretamente relacionada a como se reproduzem os comportamentos, as normas e os valores políticos de determinada comunidade.

Atualmente, os estudos sobre cultura política vêm crescendo e ganhando espaço não só entre os cientistas políticos, mas também entre os cientistas sociais.

Uma das explicações pode ser dada pela importância que a cultura passa a ter nas análises dos cientistas sociais, enquanto eixo paradigmático fundamental nas explicações sobre as ações humanas vivenciadas na realidade em detrimento das análises econômicas e políticas das décadas anteriores (GOHN, 2001b, p.54).

Alguns desses estudos estão associados às análises sobre o processo de democratização, haja vista muitos autores (MOISÉS, 1992, 1995; BAQUERO, 1994, 1999, 2001; GOHN, 2001b) estarem buscando identificar elementos que possam estar direcionados para o surgimento de uma nova cultura política, nas sociedades que têm vivenciado processos recentes de democratização.

Muitas pesquisas sobre cultura política são do tipo *survey*. Moisés (1995), em um estudo que compara várias pesquisas desse tipo, procura identificar, em diferentes momentos históricos, atitudes e opiniões dos brasileiros em relação à democracia; preferência por regime político e atitudes e opiniões em relação a valores democráticos básicos. Conforme constata o autor, tem crescido a adesão dos brasileiros à democracia, e isto tem proporcionado mudanças na cultura política. Todavia, essas mudanças encontram limites na persistência das desigualdades sociais e no expressivo contingente da população que continua “[...] não participando ou participando pouco da vida política, pelo simples fato de que não captam ou não compreendem bem o sentido das transformações em curso na ordem política” (MOISÉS, 1995, p. 153). Baseada em Baquero (2001), acrescento que a continuidade de práticas antidemocráticas – clientelismo, favor, nepotismo, loteamento de cargos – tem contribuído para o desencanto dos cidadãos com a democracia e a desconsolidação democrática.

O *survey* desenvolvido por Lima e Cheibub (1995) busca apreender a percepção das elites brasileiras em relação às instituições da democracia e aos valores políticos liberal-democráticos, por um lado, e o ideal normativo de igualdade, por outro. Quanto à escolha do público alvo da pesquisa, é justificada pelos autores em decorrência do papel assumido pelas elites, tanto no Brasil como na América Latina, na condução dos processos de “transição pelo

alto” para a construção da democracia no continente. Entre as conclusões do estudo destaca -se a existência de um consenso entre as elites para adoção dos procedimentos democráticos, sem a defesa do ideal normativo da igualdade.

Já Rennó Jr. (1999) realiza outro *survey* em Brasília sobre instituições, cultura política e lógica da desconfiança. Algumas de suas conclusões vão ao encontro das análises tecidas por Baquero (1999, p.27) a partir de vários estudos empíricos realizados na América Latina:

[...] as pesquisas de opinião têm revelado que, embora os cidadãos detenham uma crença comum sobre a democracia num sentido genérico, trata -se de uma crença vaga e imprecisa. O que se tem constatado, ao mesmo tempo em maior ou menor grau, na América Latina, é que grande parcela da população sistematicamente rejeita ou é indiferente aos valores e às instituições democráticas.

Para refletir sobre a cultura política brasileira, um dos caminhos é pensar a relação entre Estado e sociedade, como esta gerou uma cultura política e como a cultura dominante interfere na construção desta relação. Como as pesquisas referidas revelam, há uma estreita relação entre as estruturas políticas e a cultura política. Mas a compreensão desta última passa pela identificação dos valores e das crenças da população em relação aos fenômenos políticos. A análise das estruturas políticas não é compreensiva em si, sem a participação dos sujeitos que lhe dão significado e as constroem ao mesmo tempo em que se constroem como sujeitos.

O modelo do Estado brasileiro segue as bases do Estado português, predominando na sua organização as características patrimonialistas de não separação entre o público e o privado, favor como forma de garantir lealdade, além do clientelismo e autoritarismo (FAORO, 1987). Mesmo com o desenvolvimento de processos de modernização, muitas dessas características ainda prevalecem tanto no campo social quanto no político (SANTOS, 1993).

Como mencionado, o Estado é autoritário porque a sociedade civil brasileira é autoritária. “[...] a sociedade civil também está estruturada por relações de favor, tutela e

dependência, imenso espelho do próprio Estado, e vice-versa” (CHAUI, 1993, p.56). O autoritarismo brasileiro nasce com a dominação colonialista, escravocrata e mantém nos dias atuais alguns dos seus traços: relações sociais hierarquizadas, marcadas por critérios de classe, raça, gênero e posição social. O Estado adota a democracia apenas como procedimento ou regra para organizar a competição política, sem garantir condições mínimas para sua efetivação nos campos social, cultural e econômico.

Nesse sentido se perpetuam as desigualdades sociais que favorecem as assimetrias de saber e poder, as discriminações, as relações hierárquicas de mando e obediência e o autoritarismo. Nem mesmo a igualdade perante a lei se efetivou no país. O Brasil possui larga história de dominação, mas esta jamais foi pacífica como a memória oficial apresenta. O que existe é um longo processo de repressão e aniquilamento dos movimentos contrários à dominação e ao autoritarismo presentes com mais evidência durante as ditaduras.

Outra herança ainda marca a sociedade brasileira: o coronelismo, principalmente no Nordeste, uma das regiões onde as desigualdades sociais, culturais e econômicas são profundas, favorecendo a ocorrência deste de forma mais duradoura. Tal fenômeno tem suas origens no império, mantém-se forte mesmo com o advento da república, e começa sua decadência após a revolução de 1930. Entre suas características salientava-se o grande poder privado dos coronéis, inclusive de polícia, em contraste com a ausência do poder público na maioria dos municípios brasileiros; falseamento da representação política pelo controle das urnas e do eleitorado e tendência dos chefes políticos locais assumirem na maioria das vezes uma posição governista, pela falta de recursos do município e a prática de aniquilamento das oposições; a dependência dos mais pobres pela total ausência de direitos e o medo da miséria, amenizada pelos favores e benesses recebidas por intermédio dos coronéis; além de relações de mando e submissão (LEAL, 1978).

No âmbito nacional, o fenômeno do coronelismo foi um grande sustentáculo das oligarquias, favorecidas justamente pela estratégia dos coronéis de sempre se colocarem em apoio aos governistas. Mas este fenômeno passa a ser mais restrito aos grotões de miséria das regiões Norte e Nordeste, declinando sua influência nas demais regiões. No entanto, faz surgir um novo fenômeno que também marcará profundamente nossa cultura política: o clientelismo.

No país como um todo, mas principalmente na região Centro-Sul, o “coronelismo” foi substituído por um “clientelismo” muito mais generalizado e difuso, dependente não tanto dos proprietários de terras quanto daqueles que estivessem instalados na esfera do poder estatal (WEFFORT, 1992, 26).

Mesmo com a predominância do autoritarismo na sociedade brasileira e no Estado, as elites adotam a democracia representativa como regime político somente em alguns dos seus procedimentos, como, por exemplo, eleições, e mesmo assim ainda suprimindo este direito de forma ampla por longos períodos da nossa história. Mas a mediação das relações sociais continua fundamentada no autoritarismo. Mesmo durante a república, tivemos mais tempo de períodos autoritários que democráticos.

Após quase duas décadas do processo de democratização no Brasil, alguns autores (BAQUERO, 1994, 1999; RENNÓ JR., 1999) afirmam que completamos a transição, mas a consolidação da democracia vivencia grandes impasses. Embora a sociedade brasileira tenha adotado os procedimentos democráticos, a cultura política dominante mantém os traços do autoritarismo; relações clientelísticas; o sistema partidário, como um dos pilares da democracia representativa, deficiente e sem tradição, nem base popular, submetido à lógica do mercado. E as novas tendências não são animadoras como: “um individualismo exacerbado e institucionalização daquilo que tem-se convencido chamar de ‘cultura do salve-se quem puder’ [...] o surgimento de um corporativismo local em detrimento de um senso de identidade coletiva regional ou nacional”(BAQUERO, 1994, p.38).

O Estado brasileiro e a maioria das instituições estão organizadas de forma dissonante com o discurso da democracia. Ao mesmo tempo, a política neoliberal implementada nos últimos anos não tem oferecido respostas satisfatórias às necessidades e reivindicações da população. Portanto, contribui para o aumento das desigualdades sociais, constituindo -se num obstáculo para a consolidação democrática e gerando um desencanto com a democracia. Nas palavras de Rennó Jr. (1999, p.131), “a convivência cotidiana dos cidadãos com as dificuldades impostas pelas limitações do Estado brasileiro e com a herança hierárquica e autoritária nas relações informais torna-se grande empecilho para a difusão da crença nos valores democráticos”.

Tanto no aparelho de Estado como nas organizações da sociedade civil há uma disputa entre a cultura política tradicional e a democrática e a maioria dos sujeitos políticos que assumem posições de direção nas instituições não incorporaram os valores democráticos, contribuindo assim para a persistência de práticas autoritárias, antidemocráticas (AVRITZER, 1995).

As pesquisas de Pinheiro (1995), Cortês (1998) e Soares Filho (1999) sobre participação e controle social nos conselhos de saúde já identificavam os condicionantes da cultura política sobre as práticas de participação. As lutas pela transformação da sociedade e a persistência de velhas estruturas e práticas permitem evidenciar as tensões presentes nos conselhos de saúde, bem como em todos os espaços de participação, nos quais a população que sempre esteve excluída dos processos de decisões busca interferir e se tornar sujeito político. Alguns aspectos dessa dinâmica e as lutas para garantir o direito à saúde serão analisados no decorrer dos próximos capítulos desse trabalho.

3.2 Discutindo o conceito de sociedade civil

Para compreensão da política nas sociedades modernas, uma das teorias importantes é a gramsciana, conforme destacado por Carlos Nelson Coutinho (1981). O autor salienta dois conceitos fundamentais: sociedade civil e hegemonia.

Gramsci elabora o conceito de sociedade civil a partir da concepção de Estado ampliado. Segundo afirma: “[...] por ‘Estado’ deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (GRAMSCI, 2000, p.254 - 255). A sociedade política e a sociedade civil são dimensões da superestrutura da sociedade, não como um reflexo da estrutura econômica que a determina, pois também aquela exerce uma sobredeterminação sobre esta mesma estrutura, num movimento dialético. A sociedade civil é um momento da totalidade social, possui uma materialidade própria, seus organismos sociais – sistema escolar, igreja, sindicatos, partidos, organizações profissionais, organizações culturais (jornais, revistas, meios de comunicação de massa) – são chamados de “aparelhos privados de hegemonia”. O que caracteriza essas organizações é a adesão “voluntária” e a relativa autonomia que gozam em relação à sociedade política, abrigando em seu interior movimentos contra-hegemônicos.

Segundo Gramsci (1984), a sociedade civil é como uma trincheira onde se desenvolve a luta política para a manutenção da hegemonia de uma classe ou grupo político, como também para construir uma nova hegemonia. De acordo com o autor, o sujeito desenvolve uma compreensão crítica de si mesmo participando

[...] de uma luta de “hegemonias” políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real (GRAMSCI, 1984b, p.21).

Isto significa que a participação em lutas políticas possibilita o desenvolvimento de uma compreensão crítica da realidade que habilita os sujeitos participantes desses processos a ter neles uma intervenção qualificada.

O desenvolvimento político do conceito de hegemonia possui uma conseqüência prática para o desenvolvimento da luta política, mas ao mesmo tempo tem uma conseqüência filosófica, gerando “uma unidade intelectual e uma ética adequadas a uma concepção do real que superou o senso comum, tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos” (GRAMSCI, 1984b, p.21).

Entretanto, a concepção ampliada de Estado não lhe nega o caráter de dominação de classe, e ao fazer a distinção entre sociedade política e sociedade civil, argumenta que tal distinção é apenas de funções. Enquanto a sociedade política exerce a função de coerção por meio dos aparelhos burocráticos civis e militares, a sociedade civil promove a direção política e ideológica da sociedade, ou seja, a sua hegemonia. Ao afirmar existir uma distinção - identidade entre sociedade política e sociedade civil, há uma identificação orgânica entre os indivíduos pertencentes a determinado grupo social e o Estado, pois na sua ação estes indivíduos colaboram para atingir os fins do Estado, seja mediante a atividade produtiva, ou do comportamento, que contribui para legitimação do sistema.

Com a complexificação da sociedade há um crescimento de organismos autônomos – aparelhos privados de hegemonia – em relação à sociedade política responsáveis pela produção e difusão das ideologias. Nesta esfera há o autogoverno dos cidadãos, sem, no entanto, significar um conflito com o aparelho coercitivo.

Para Gramsci (1984), uma classe social é dominante quando consegue exercer sua dominação por meio dos aparelhos coercitivos; mas pode vir a ser dirigente, quando, mediante aparelhos privados de hegemonia, consegue ser direção moral e intelectual da sociedade, isto é, garantir sua hegemonia.

A importância do conceito de sociedade civil em Gramsci também é ressaltada por Avritzer (1994, p.34):

Ele será o primeiro autor a perceber a sociedade enquanto o lugar por excelência da organização da cultura e a propor um entendimento multifacetário das sociedades modernas, de acordo com o qual esta deve ser entendida enquanto interação de estruturas legais, associações civis e instituições de comunicação.

No entanto, Avritzer aponta para o limite da conceituação de Gramsci, pela restrição da ação política na teoria marxista, que encontra seu horizonte na transformação do Estado e na constituição da sociedade comunista. No contexto das sociedades complexas, surgem os movimentos sociais não interessados em transformar as estruturas sociais, mas construir uma nova sociabilidade, capaz de colocar limites à penetração da sociedade pelo Estado, bem como da dominação da lógica do mercado em todos os espaços de interação social. O conceito de hegemonia continua atual; todavia, a percepção das novas determinações da sociedade civil aponta para a necessidade de se repensar este conceito. Neste referencial, a compreensão dos processos complexificação e diferenciação social que se desenvolvem nas sociedades contemporâneas são fundamentais.

Com vistas a atender às novas configurações sócio-históricas, Avritzer propõe a redefinição do conceito de sociedade civil a partir da teoria habermasiana. Habermas (1988) elaborou uma teoria social que pensa a sociedade moderna sofrendo processos de diferenciação entre os sistemas econômicos e a administração estatal e o mundo da vida. Nas dimensões sistêmicas, as ações são coordenadas pela razão instrumental mediadas pelos *medium* dinheiro e poder. No mundo da vida a coordenação ocorre via racionalidade comunicativa que busca o entendimento.

O mundo da vida é o lugar transcendental onde os participantes da ação comunicativa se movem. É também o reservatório das tradições e da cultura. A sociedade civil seria uma

dimensão do mundo da vida, onde se realiza a interação social. Ela “permite a criação de novas formas de mediação entre os subsistemas e o mundo da vida, por intermédio da constituição de formas institucionais permanentes de limitação do mercado e do Estado” (AVRITZER, 1994, p.38).

Contudo, as alternativas entre revolução ou reforma presentes nas lutas sociais, a partir da derrota das experiências do socialismo real e do avanço do neoliberalismo, perdem força de mobilização dos movimentos sociais. Os novos movimentos sociais trazem, então, outras determinações para a sociedade civil que apontam para novas formas de sociabilidade nas quais o resgate da solidariedade e das interações mediadas pelo entendimento se aproxima daquilo que Habermas chama de defesa da ação comunicativa contra os processos de colonização do mundo da vida empreendidos pelo sistema econômico e a administração estatal.

Com base nessas considerações, Avritzer aponta para a necessidade de realizar mediações da teoria habermasiana a partir do conceito de diferenciação social e da concepção de sociedade civil na teoria gramsciana para apreender a prática política dos movimentos sociais, no interior da esfera pública, que se torna espaço de encontro entre os sistemas econômicos e administração estatal e o mundo da vida e, de disputa política, contra as formas de mercantilização e burocratização do mundo da vida.

Avritzer (1994, p.277) coloca o novo conceito de sociedade civil ligado aos processos que levaram ao surgimento da modernidade ocidental, nas sociedades do centro do capitalismo, e da necessidade de se produzirem formas modernas de solidariedade. Segundo ele, o conceito de sociedade civil aparece relacionado a três constatações. Primeiro: “associada ao processo de diferenciação social entre Estado e mercado, direito privado e direito público”. Ou seja, a sociedade civil se organiza para pôr limites à ação do Estado e do mercado e à interferência da lógica sistêmica sobre as interações sociais regidas pela ação

comunicativa e a solidariedade. Segundo: ela surge associada à luta pela garantia de direitos positivos e para o controle das ações do Estado. E por último: as organizações da sociedade civil passam a intermediar as relações entre os indivíduos e as estruturas do Estado e do mercado, com base em princípios éticos e de solidariedade.

O autor identifica dois problemas ligados ao aparecimento da sociedade civil fora das sociedades do centro do capitalismo consideradas o berço da modernidade ocidental. Esses problemas irão fornecer novas determinações que marcam a emergência de uma sociedade civil moderna nos países da América Latina:

[...] o primeiro problema está relacionado à destruição das estruturas particulares de solidariedade antes que eles houvessem passado por um processo de generalização; o segundo está relacionado às diversas tentativas de importação de estruturas democráticas, com todos os problemas que os processos de imitação institucional provocaram na América Latina (AVRITZER, 1994, p.281).

Avritzer vai ainda identificar alguns elementos que contribuíram para o surgimento de uma sociedade civil moderna no Brasil na década de 1970: o processo de urbanização e industrialização deu origem a um grande contingente de novos atores modernos – operários, empresários, classe média – que por meio da iniciativa para a livre associação desses novos sujeitos sociais, particularmente os trabalhadores, passam a se organizar e questionar a privatização do Estado e reivindicar a institucionalização de direitos sociais, políticos e culturais.

Conforme os elementos mencionados, o surgimento da sociedade civil não pode ser deduzido apenas de fatores estruturais. Combinam-se também questões subjetivas produzidas pelo desenvolvimento cultural e político dos sujeitos e dos significados por eles atribuídos a suas experiências. Na década de 1970, a emergência dos movimentos sociais e das lutas pela democratização do país irá marcar o surgimento dessa sociedade civil de novo tipo.

A nova sociedade civil surge num esforço de contestação das relações vigentes entre Estado e sociedade e na luta para a constituição de uma nova sociabilidade fundamentada na solidariedade social com a garantia de direitos civis, políticos e sociais para todos os cidadãos. Estas reflexões apontam para a criação de espaços públicos onde ocorra este encontro entre sociedade civil e Estado. Todavia, apesar de a sociedade civil ser portadora de novos valores, ela continua atravessada pelos valores e a cultura política dominantes na sociedade e sua constituição é resultado de processos políticos em constante transformação. Por isso, é importante o alerta de Dagnino (2002, p.281) ao afirmar:

A conhecida e bem difundida visão da sociedade civil como “pólo de virtude” e do Estado como a “encarnação do mal” faz parte desse reducionismo. Essa hipótese quer então ressaltar o caráter de construção histórica dessas relações, no sentido de que elas são objeto da política e, portanto, transformáveis pela ação política.

Para melhor compreensão desses processos, desenvolverei a seguir um breve resgate histórico de alguns eventos e situações que marcaram o surgimento da antiga e da moderna sociedade civil brasileira.

3.3 O “crescimento” da sociedade civil brasileira e os movimentos sociais

Com a colonização brasileira inicia-se o nosso processo de imitação institucional. Como já havia destacado, o modelo patrimonialista do Estado português (FAORO, 1987) vai fornecer as bases para a formatação do Estado no Brasil e marcar as relações na nascente sociedade. Desta forma, a não separação entre o público e o privado, o favor como forma de garantir lealdade, o autoritarismo e relações hierárquicas marcam profundamente as relações entre Estado e sociedade, gerando uma cultura política na qual muitos desses traços se mantêm ainda hoje.

No Brasil, a adoção do ideário liberal em plena vigência da escravidão por membros das classes dominantes ilustra a estratégia dessas classes para seguir ideologias modernas sem alterar, porém, a lógica de dominação do ordenamento social. Como afirma Schwarz (1992), as idéias estavam fora de lugar. Refletindo nesta direção, Holanda (1995, p.183) destaca a superficialidade com que a democracia liberal era adotada na sociedade brasileira: “[...] os lemas da democracia liberal parecem conceitos puramente ornamentais ou declamatórios, sem raízes fundas na realidade”.

Ao longo dos séculos, a sociedade brasileira passou por grandes transformações. Todavia, estas ocorreram sem grandes rupturas com a ordem vigente, sendo, portanto, frutos de conciliações entre frações das elites dominantes, cuja característica mais marcante é a continuidade, reproduzindo relações e práticas tradicionais e excluindo a participação da maioria da população. Tais processos foram denominados de conciliação pelo alto e geraram uma modernização conservadora.

Embora as idéias liberais tenham formado a base para o movimento abolicionista e a república, não haviam se tornado hegemônicas. Na conquista da república estavam em disputa pelo menos três modelos: o liberal-democrata, de inspiração norte-americana; o dos jacobinos, vertente radical da revolução francesa; e o dos positivistas, inspirados inicialmente em Comte e posteriormente em Benjamin Constant. Para Carvalho (2002), mesmo com a atual hegemonia liberal-democrata, ela ainda está inconclusa. O movimento pela república foi dirigido pelos militares e contou com a participação de uma frágil sociedade civil sem povo. Segundo Carvalho (2002, p.51), a participação popular na proclamação da república ocorreu a partir de um pequeno número de populares que acompanharam o desfile dos militares no dia 15 de novembro. “O caráter militar da operação era também por demais evidente para ser negado. O que o povo da cidade viu foi, como disse Aristides, uma parada militar liderada por Deodoro”.

No início do século XX, como já explicitarei, a sociedade brasileira começa a sofrer uma aceleração no seu processo de complexificação e diferenciação. De uma sociedade predominantemente rural com um sistema político dominado por oligarquias rurais que se alternam no poder, na qual a maioria da população está excluída da participação política, passa por uma crescente urbanização e industrialização, fazendo surgir novos atores políticos: os industriais e os operários. Contudo, embora os industriais se formem a partir das oligarquias tradicionais, encontram-se envolvidos em dois conflitos diferentes: o conflito clássico entre capital e trabalho e o conflito entre as oligarquias exportadoras e as necessidades próprias da burguesia nascente que disputam os recursos públicos (SANTOS, 1993).

Entre outros fatores, o patrimonialismo, o autoritarismo e a adoção pelo Estado dos interesses particularistas das oligarquias, como se representassem os interesses gerais da sociedade, bloquearam a entrada do Brasil na modernidade. A sociedade passa pelo processo de diferenciação das estruturas sistêmicas, adotando um processo de modernização conservadora e de imitação institucional incapaz de reproduzir instituições modernas pela força da lei, sem uma tradição cultural que respalde seu aparecimento, conservando o autoritarismo, e impedindo que a maioria da população venha a usufruir dos frutos da modernidade.

Na opinião de Oliveira (1981, 1993), a organização econômica e social brasileira é resultado do modelo de acumulação capitalista dependente, não compreensivo em si mesmo sem a análise de como o Estado brasileiro se organiza para promover o seu desenvolvimento, produzindo e reproduzindo as desigualdades sociais, gerando um verdadeiro *apartheid* social. Para manter o *status quo*, a classe dominante utiliza várias estratégias, entre elas: superexploração da força de trabalho, alta concentração de renda e não priorização da educação para as classes populares, considerada uma das principais bandeiras das

democracias liberais e que já aparece na Constituição de 1934 como direito de todos, mas quando essa tende a se universalizar, na década de 1980, declina sua qualidade (ARROYO, 1986).

Como ressaltado por Gohn (2001c), o crescimento da população urbana submetida a precárias condições de vida, exploração do trabalho nas fábricas e a chegada dos imigrantes europeus, deu origem a vários movimentos grevistas, orientados pela ideologia anarquista trazida pelos imigrantes. Também impulsionou a formação de sindicatos e de sociedades de auxílio mútuo, que funcionavam como previdência para atender às necessidades econômicas e articulavam atividades culturais para o desenvolvimento da ideologia voltada para os interesses dos trabalhadores e o fortalecimento da solidariedade. No entanto, essas organizações floresceram de forma autônoma, independente do Estado, mas não se generalizaram na sociedade, pois sofreram a intervenção estatal, a qual impediu seu desenvolvimento. Isto confirma a argumentação de Avritzer (1994) ao levantar que um dos problemas para emergência de uma sociedade civil moderna no Brasil foi a não generalização dos valores de solidariedade.

Inicialmente, o Estado brasileiro reprime os movimentos grevistas e a questão social é tratada como caso de polícia (GOHN, 2001c). Nesse contexto, a repressão às organizações autônomas que estavam se desenvolvendo e a tutela e controle sobre as que permaneceram atuando impediram a maioria da população de participar da discussão do projeto de modernidade então esboçado pelas elites dominantes.

Outros sujeitos ganharam importância na sociedade brasileira, entre estes, os militares e setores da classe média como os funcionários públicos e os intelectuais. Tais atores protagonizaram movimentos que provocaram mudanças significativas, a exemplo da revolução de 1930. Já se verificava significativo aumento da população urbana e de várias organizações. Todavia, havia uma baixa institucionalização das regras da competição política

que funcionavam *ad hoc* para favorecer os grupos governistas. Além disso, a participação política básica representada pelo voto ainda era muito restrita e controlada pelos coronéis. Conforme sabemos, apenas em 1934 é que a mulher irá conquistar o direito ao voto. Ficaram, porém, excluídos os analfabetos, que eram a maioria da população, na época.

O sufrágio universal só será conquistado com a Constituição de 1988, guardadas as restrições normais quanto à idade mínima. Todavia, a obrigatoriedade do voto é mantida. Isto descaracteriza um princípio que nas democracias consolidadas se constitui como direito político fundamental.

Todos os atores políticos referidos começaram a se organizar para defesa dos seus interesses, por meio de entidades corporativas, sem referência a partidos políticos, os quais, nas democracias liberais, são instrumentos privilegiados da luta política. Essa é uma particularidade do Brasil, diferentemente de outros países da América Latina, onde os atores políticos relevantes formaram suas identidades via partidos políticos. “Os partidos políticos nacionais são um fenômeno recente no Brasil de pós -Segunda Guerra Mundial” (SANTOS, 1993, p.32).

Mas a ausência de partidos políticos nacionais vai se constituir num entrave para a organização de projetos políticos nacionais. O modelo hegemônico para organização da luta política será o corporativismo, mediado pela burocracia estatal e passando ao largo da luta parlamentar, que não participava da construção de projetos políticos para o país.

O modelo do corporativismo foi impulsionado pela ação do Estado, ao fomentar a organização sindical tutelada pelo Ministério do Trabalho para competir com os sindicatos independentes de orientação anarquista, que foram excluídos, posteriormente, a partir da aprovação da lei de sindicalização, que entre outras medidas estabeleceu o princípio do sindicato único, por categoria profissional, em uma mesma área. Isso era uma reivindicação de algumas lideranças sindicais, atendida ao preço da perda da autonomia sindical.

Nesse momento, a política social tornou-se um instrumento poderoso para mediar os conflitos gerados pela não socialização da participação política e os conflitos de redistribuição característicos das relações entre capital e trabalho. As demandas e reivindicações tanto do empresariado quanto dos trabalhadores iam sendo encaminhadas diretamente via aparelho de Estado, enquanto os direitos que iam sendo institucionalizados, fruto das lutas sociais, apareciam para a maioria da população como outorga do poder público. Nas palavras de Santos (1993, p.33):

Buscou-se com ela [política social] domesticar tanto o empresariado quanto as classes trabalhadoras, que passavam por assim dizer a dispensar as estruturas partidária e institucional normais como conduto para as suas demandas e reivindicações. A incorporação política desses dois segmentos pilares da ordem democrática contemporânea era filtrada administrativamente pela burocracia trabalhista e previdenciária, chegando portanto semi-adormecida ao sistema político formal.

No debate político legislativo, a competição política entre empresários e trabalhadores não foi mediada pelo sistema político via instituições partidárias, mas sim administrativamente, dando lugar a que ocorresse, no interior do legislativo, a aprovação de políticas populistas, sem o conhecimento da sua viabilidade, havendo, portanto, “[...] o divórcio prático entre o processo político-partidário normal e a dinâmica da competição entre o empresariado e as classes trabalhadoras que se desenrolava dentro do aparelho burocrático do Estado” (SANTOS, 1993, p.33).

Desse modo, a ação paternalista do Estado e a tutela às organizações sindicais contribuíram para o surgimento de grande quantidade de “caronas” beneficiados com as ações coletivas dos grupos organizados, principalmente nos sindicatos, sem participar da luta. Santos (1993) destaca esta característica dos movimentos de lutas para conquista de direitos, bens e serviços. Além dos “caronas”, os trabalhadores enfrentam a concorrência dos grupos

privilegiados que conquistam benefícios porque bancam os custos do empreendimento ou são favorecidos pelas elites no poder.

Entretanto, a baixa participação não pode ser analisada apenas pela teoria da escolha racional, ou seja, pelo cálculo instrumental do custo-benefício da ação e a cultura política, pois Melucci, (1994, p.200), ao analisar os movimentos sociais, acrescenta outros elementos para se compreender a ação coletiva, como o significado atribuído pelos sujeitos à sua ação e à paixão que os move. “Afinal, se não houvesse paixão, por que alguém se importaria em transformar”?

Historicamente, as lutas sociais por direitos foram abafadas, reprimidas, ou as reivindicações eram atendidas como concessão ou favor. Portanto, a garantia de direitos sociais foi gradual e beneficiava apenas alguns segmentos da população. Esse processo foi denominado por Santos (1987) de cidadania regulada. Para Avritzer (1994, p.282 -283), esta estratégia do Estado será caracterizada como uma forma “[...] de trocar cidadania social e civil pelo papel de membros de uma sociedade de consumo despolitizada”.

A cada crise ou golpe, os direitos civis e políticos sofrem retrocessos e o princípio da lei é desrespeitado, pois apenas alguns são cidadãos, como destaca Chauí (1993, p. 53 -54):

É uma sociedade que conheceu a cidadania através de uma figura inédita: o senhor-cidadão, e que conserva a cidadania como privilégio de classe, fazendo-a ser concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, podendo ser-lhes retirada quando os dominantes assim o decidem (como durante as ditaduras).

Em nossa história de mais de quinhentos anos, vivemos mais períodos autoritários do que democráticos, com processos de mudanças comandados e/ou apoiados pelos militares. Entre alguns exemplos, menciono a proclamação da república, o apoio dos militares à ditadura Vargas, o golpe militar de 1964. Outro elemento nessa trajetória e característico do

patrimonialismo é a ausência do sentido do que é público. Durante muito tempo, em grande parte do território nacional o exercício do poder de polícia era outorgado ao poder privado, como foi o caso da formação da Guarda Nacional, que contribuiu para o fenômeno do coronelismo (LEAL, 1978). O poder privado fazia a repressão e também prestava assistência à população, e mediava os conflitos, favorecendo a ausência do sentido do bem público e de poder público no imaginário desta população.

Ao longo da nossa história existiram muitas lutas e movimentos de contestação e de resistência à ordem estabelecida e por direitos. Gohn (2001c) faz um resgate dessas lutas desde o período colonial aos dias atuais. Todavia, a repressão violenta, a estratégia de conciliação das elites, a ação paternalista do Estado e o caráter fragmentado e assistencialista das políticas sociais, contribuíram para o aprofundamento das desigualdades sociais e a desmobilização da população. A cada crise política e/ou econômica, as elites dominantes se recompõem e refazem os modelos de dominação e exploração, e até hoje mantêm a característica de predadoras (SANTOS, 1993), sugando os recursos públicos via privilégios, financiamentos subsidiados ou a fundo perdido e/ou corrupção. Um exemplo mais recente de conciliação pelo alto é a liberalização do regime, iniciada com a crise de legitimação da ditadura militar.

O final da década de 1970 e os anos 1980 foram férteis de mobilização e organização de todos os segmentos sociais contrários ao regime militar. Até antigos aliados insatisfeitos também se mobilizaram (CHAUÍ, 1993). Na cena pública, os movimentos sociais ressurgem com novos sujeitos políticos: os trabalhadores e a população das periferias dos centros urbanos submetidas a condições subumanas, que passam a reivindicar melhores condições de vida e trabalho. Eles trazem para a esfera pública questões do seu cotidiano e inauguram uma nova forma de fazer política, onde a população não se faz apenas representar, mas participa efetivamente da defesa dos direitos. Sader (1995, p.313) analisa essas questões a partir de

pesquisa realizada em São Paulo. Entretanto, os elementos mais gerais do surgimento desses novos sujeitos e das suas bandeiras de luta ocorreram na maioria dos grandes centros urbanos do país e

Apontaram no sentido de uma política constituída a partir das questões da vida cotidiana. Apontaram para uma nova concepção da política, a partir da intervenção direta dos interessados. Colocaram a reivindicação da democracia referida às esferas da vida social, em que a população trabalhadora está diretamente implicada: nas fábricas, nos sindicatos, nos serviços públicos e nas administrações nos bairros.

Nesses movimentos, seus participantes contaram com assessoria da ala progressista da Igreja Católica, inspirada pela teologia da libertação, que fomentou as comunidades eclesiais de base (CEBS). Avritzer (1994) destaca o papel da Igreja Católica no surgimento de uma sociedade civil moderna, no Brasil, pelo movimento de crítica cultural por ela empreendido ao romper com o regime militar, e o questionamento ao modelo de modernização desenvolvido no país. Outros atores relevantes que agiram como vanguardas dos movimentos sociais para a construção de uma contra-hegemonia foram os intelectuais e os partidos ou facções de partidos de esquerda.

Além do movimento popular nas periferias dos grandes centros urbanos, outra frente importante de luta é o movimento do novo sindicalismo, cujas bandeiras mais emblemáticas serão liberdade e autonomia sindical (SADER, 1995). Também com o apoio da Igreja Católica, os novos sindicalistas enfrentaram os patrões, a repressão estatal, e os “pelegos” encastelados nas velhas estruturas corporativistas tuteladas pelo Estado.

O movimento do novo sindicalismo e as CEBS foram os embriões para a formação do primeiro partido de massas de base proletária do Brasil, o Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980. Na fundação do PT, os referenciais de transformação social e construção do socialismo estavam presentes. Com a crise das experiências do socialismo real, a introdução do

neoliberalismo na lógica de organização do Estado, esses referenciais vão sendo paulatinamente abandonados.

A década de 1980 foi um marco no crescimento de uma sociedade civil de novo tipo e um período de efervescência dos movimentos sociais. Os novos sujeitos coletivos tiveram papel importante na conquista da democracia, mas as elites dominantes, com sua histórica estratégia de conciliação pelo alto, é que deram a direção do pacto conservador, sem um projeto que contemplasse objetivos de médio e longo prazo, e que beneficiasse a maioria da população.

Durante a ditadura militar foi imposto o bipartidarismo, como forma de organizar o sistema partidário. De um lado, todos os partidários da ditadura, e de outro, os opositores ao regime. Nas lutas pela democratização, conquistou-se o pluripartidarismo e sua emergência marcou as lutas e disputas no interior dos movimentos sociais (FERNANDES et al., 1991; RUSCHEINSKY, 1999). Além disso, a divisão das esquerdas acrescenta mais uma dificuldade para a construção da contra-hegemonia na sociedade civil bem como a permanência das práticas políticas orientadas pela cultura política tradicional.

Na década de 1990, ocorre um refluxo dos movimentos sociais. Ao longo do tempo, o vigor do movimento diminuiu, quando na verdade se esperava seu crescimento à medida que a conjuntura fosse se tornando mais democrática (COHN et al., 1991). Este refluxo dos movimentos sociais foi razão de muitos estudos para interpretar o fenômeno. Cardoso (1994) faz um balanço das diversas visões sobre o tema, a partir das produções teóricas, e apresenta a tese de que eles vivenciaram duas fases: a primeira, denominada de a “emergência heróica dos movimentos”, e a fase da institucionalização, isto é, quando os movimentos passam a estabelecer relações com o Estado. Este segundo momento corresponde a uma visão “[...] mais cautelosa dos movimentos, sempre como se eles tivessem realmente diminuindo, refluindo, como se estivessem um pouco congelados” (CARDOSO, 1994, p.82). Ainda

segundo a autora, é como se houvesse um movimento latente que a qualquer momento pudesse voltar a se mobilizar.

Teixeira (2001, p.24) também discute o assunto, e o analisa no contexto da América Latina e de alguns países da Europa: A emergência de novos atores sociais e políticos conformando uma nova sociedade civil que luta por políticas públicas, garantia de direitos e pela democratização. “A incapacidade de o Estado atender às novas demandas sociais e a perplexidade dos movimentos em enfrentar a nova situação e criar alternativas levaram, por algum tempo, a um certo refluxo das ações coletivas e à indecisão quanto à participação em novos espaços institucionais”.

Outra dificuldade é o desencanto dos cidadãos com a democracia, provocado pela grave crise econômica, social e política que não é uma particularidade do Brasil, mas uma crise global, mais grave ainda nos países da periferia do capitalismo, pois mesmo conseguindo avançar no processo de liberalização – direito à informação, liberdade de expressão – ainda não solucionou os problemas da participação, compreendida como a capacidade da maioria da população de exercer o controle sobre o Estado e influenciar as decisões políticas relevantes. Um dos empecilhos para a participação é que as condições sociais mínimas para a consolidação da democracia não estão sendo garantidas.

Todavia, a participação por meio dos movimentos sociais e outros organismos da sociedade civil tem se constituído em instrumento político na luta pela garantia de direitos e construção da cidadania. Nas sociedades da periferia do capitalismo, estes movimentos têm possibilitado o próprio processo de democratização destas sociedades. A luta dos movimentos sociais tem desempenhado importante papel na fundação da democracia brasileira, e o modelo da democracia representativa tem sido um referencial para muitas organizações da sociedade civil na escolha dos seus dirigentes e na tomada de decisão; já em outras concorrem os referenciais da democracia participativa, mas não há hegemonia.

Mesmo com uma modernização incompleta, a sociedade brasileira vai se complexificando e as classes sociais dominadas vão se capacitando no próprio processo histórico. A participação nos movimentos sociais proporciona um processo educativo no qual seus integrantes constroem um saber que se constitui em “um instrumento poderoso das classes populares no sentido de atingirem seus objetivos” (GOHN, 1992, p.51). Na esfera pública, os participantes dos movimentos sociais emergem como sujeitos políticos que lutam pelo direito a ter direitos, resgatando uma nova concepção de cidadania:

[...] a nova cidadania, ao contrário da concepção liberal, não se vincula a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para a incorporação política progressiva dos setores excluídos, [...] requer (e até é pensada como sendo esse processo) a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento (DAGNINO, 1994, p.108).

As lutas por direitos são permeadas pelas contradições e ambivalências presentes na sociedade, consequência das relações da população com os detentores do poder e o sistema político-partidário durante uma longa história de autoritarismo, que gera uma cultura política, a se perpetuar mesmo após relativo período democrático:

A experiência democrática coexiste com a aceitação ou mesmo conivência com práticas as mais autoritárias; em que a demanda por direitos se faz muitas vezes numa combinação aberta ou encoberta com práticas renovadas de clientelismo e favoritismo que repõem diferenças onde deveriam prevalecer critérios públicos igualitários (TELLES, 1994, p.93).

Tudo isso exige uma transformação da cultura política, uma nova concepção de bem público e de responsabilidade pública (TELLES, 1994). Para tanto, a ampliação da esfera pública, o desenvolvimento da democracia participativa para a construção de uma contra-hegemonia e garantia de acesso à riqueza socialmente produzida são condições fundamentais.

Na luta política, a sociedade civil alcança determinadas vitórias na Constituição de 1988, a qual vai assegurar muitos direitos sociais, e entre eles o direito à saúde. Sobressaem, ainda, alguns princípios que obrigam a uma nova organização político-administrativa do Estado. Entre eles, menciono a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a participação da comunidade na formulação e no controle social das políticas públicas, levando a uma institucionalização da participação como uma forma de democratização do poder do Estado. Entretanto, a distância entre a garantia legal e a real é vivenciada pela população no seu cotidiano.

Como afirma Baquero (1994), o grande dilema presente no Brasil como também em outras sociedades latino-americanas que passaram por transições democráticas e buscam consolidar a democracia é que as conquistas ficaram apenas no campo da garantia dos procedimentos democráticos, sem avanços significativos na redução das desigualdades sociais.

As elites dominantes que comandaram a transição pelo alto não foram capazes, ou não havia vontade política, para mobilizar a sociedade para construir um novo pacto social, refazendo o projeto nacional, já que o Projeto Nacional Desenvolvimentista, segundo alguns analistas, estaria esgotado. Como afirma Santos (1993), a marca dessas elites tem sido seu estilo predador e a defesa de interesses particulares como se fosse em interesses gerais. A adoção das regras democráticas para organizar a competição política, somada à manutenção do sistema político tradicional, que sofreu mudanças apenas superficiais, e a não alteração nas regras do sistema econômico concentrador de renda contribuem para a perpetuação das desigualdades e para o desencanto dos cidadãos com a democracia.

Por isso, é necessária a luta política para efetivação dos direitos conquistados em seus aspectos jurídico-formais. A descentralização político-administrativa e a decisão de alguns governos locais de implementar uma gestão participativa, com mecanismos de democracia

direta, representa outra conquista nessa trajetória. Todavia, a democracia participativa, na maioria das vezes, restringe-se a questões locais, sem os cidadãos participarem do debate das grandes questões nacionais.

Conforme observado, a luta pela democratização não conseguiu construir um projeto nacional amplo, mas no cerne dessas lutas se construiu importante projeto nacional de reforma do setor saúde destinado a dar materialidade à garantia do direito à saúde que mobilizou e mobiliza vários segmentos sociais.

Na próxima seção farei uma breve incursão sobre alguns momentos da luta pelo direito à saúde, destacando alguns sujeitos individuais e coletivos participantes desse processo.

3.4 Os caminhos da participação na luta pelo direito à saúde

A garantia constitucional do direito universal à saúde é uma conquista da sociedade brasileira que contou com a participação ativa de vários sujeitos individuais e coletivos para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua efetivação, contudo, não está assegurada, pois requer um esforço conjunto e permanente da sociedade civil e da administração pública para transformar a realidade da assistência à saúde no Brasil.

Anteriormente à Constituição de 1988, a assistência à saúde era assegurada apenas para os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, segurados da previdência social. Era um sistema de proteção social organizado sob a lógica do seguro, e tinha direito apenas quem contribuía.

No final da década de 1970 e nos anos 1980, ainda na vigência do regime militar, assistimos às lutas pela democratização do país: liberdades políticas e universalização dos direitos sociais. A sociedade civil começou a questionar as políticas de proteção social

garantidas pelo Estado somente para uma pequena parcela da população. Na saúde, essa luta ficará conhecida como movimento pela Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária no Brasil iniciou-se com um movimento dentro das universidades, nos Departamentos de Medicina Preventiva e Comunitária, com a participação de professores e estudantes, ainda nos anos 1950, alcançando maior abrangência na década de 1960. O projeto de Reforma Sanitária em construção já trazia algumas bandeiras que serão contempladas na Constituição de 1988, quais sejam, a descentralização, a participação e a organização de um sistema nacional de saúde.

É no contexto das lutas pela democratização do país que o movimento pela Reforma Sanitária ganhou expressão e contou com o engajamento de outros grupos sociais – profissionais de saúde, partidos políticos de esquerda e movimentos populares.

Gerschman (1995) analisa os movimentos sociais em saúde – movimentos populares em saúde e médico – no período de 1970 a 1994. Segundo a autora, os movimentos populares em saúde iniciaram-se na periferia dos grandes centros urbanos e reivindicavam melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgoto, moradia, transporte. Este período correspondeu ao que ela designou de fase reivindicativa do movimento, havendo também um momento de “politização” e posteriormente a fase de “acesso a formas orgânicas” da política ou de institucionalização (GERSCHMAN, 1995 p.54). Esta se relaciona, inicialmente, em uma de suas expressões, com a formação da reunião Plenária Nacional de Saúde e das sessões plenárias estaduais que tiveram papel decisivo na feitura da Constituição de 1988, por meio da apresentação da Emenda Popular de Saúde, que condensava as principais propostas aprovadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

Naquele período, as lutas pelos direito à saúde apresentavam duas frentes complementares: reivindicações por melhores condições de vida e direito de acesso a ações e

serviços de saúde. Como afirmam Pinheiro e Mattos (2005), a entrada de novos sujeitos na arena política exige a inclusão de novas demandas e novas formas de atendimento a elas.

Cohn et al. (1991) e Sader (1995) também relatam a atuação dos movimentos populares urbanos na efetivação da cidadania a partir de reivindicações por serviços de saúde e sua contribuição na conformação das reformas desse setor:

Trata-se de enfrentar a questão dos movimentos reivindicativos urbanos, cuja atuação na área da saúde na cidade de São Paulo marca importantes momentos dos processos de tomada de decisão no setor. Enraizado fundamentalmente na Zona Leste, a atuação desse movimento impacta a ação do Estado, como atestam as vicissitudes políticas na implementação do Projeto São Mateus (1979), do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e do “Módulo Itaquera” (COHN et al., 1991, p. 131).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira luta pela ampliação dos direitos sociais, nos países capitalistas centrais o modelo de proteção social universalista começava a dar sinais de crise. Iniciou-se nesses Estados e, já no final da década de 1980, no Brasil, a implantação do modelo neoliberal, justamente na contramão da luta da sociedade. A globalização e a adoção do projeto neoliberal, em países centrais, determinaram uma redefinição do papel do Estado e das políticas sociais nos países periféricos.

As nações situadas na periferia do capitalismo, entre elas, o Brasil, não chegaram a constituir o Estado de bem-estar social. A maioria das políticas de proteção social implantadas seguiu o modelo bismarckiano, baseado no seguro, pois só tinham direitos aos benefícios da previdência social e assistência à saúde os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho. Portanto, a maioria da população estava excluída da proteção social, restando-lhe a filantropia e políticas assistenciais fragmentadas e emergenciais. Nesses países, a adoção dos preceitos neoliberais teve efeitos muito mais desastrosos para a população do que nos países centrais, como adverte Elias (1997, p.198):

[...] a ausência de um welfare state que atue como um conjunto articulado de políticas sociais de caráter redistributivo, amortecendo, portanto os impactos socialmente devastadores das políticas econômicas de perfil neoliberal, geram situações extremamente perversas, em que a obsessão pelo equilíbrio fiscal sacrifica as políticas sociais.

O projeto neoliberal defende um Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador tanto da ordem econômica quanto da social. Com o corte de recursos e as reformas para a redução de direitos conquistados, as políticas de ajuste estrutural atingiram diretamente as políticas sociais. Parcelas dos recursos públicos destinados às políticas sociais passaram a ser canalizadas para os juros, amortizações e pagamento da dívida pública, interna e externa. Segundo as orientações neoliberais, as políticas sociais devem ser restritas e focalizadas para atender apenas as populações mais vulneráveis. A população com algum poder aquisitivo deve comprar no mercado serviços de saúde, educação, previdência.

Como condição para empréstimos e refinanciamento da dívida externa, os organismos financeiros internacionais propuseram um receituário a ser seguido pelos países periféricos. Em relação à saúde, nas recomendações do Banco Mundial é sugerido que o Estado deve se responsabilizar pela universalização somente da atenção básica, a ser prestada por serviços próprios ou em parceria com organizações não-governamentais. E a atenção especializada, dependente de incorporação tecnológica, deveria ser ofertada pelo setor privado por meio de seguro privado na modalidade de pré-pagamento (ELIAS, 1997). A diretriz para universalizar a atenção primária já era preconizada pela Conferencia de Saúde de Alma Ata em 1978, que tinha como *slogan* saúde para todos no ano 2000.

Segundo Cohn (1997), entretanto, o Estado brasileiro, ao adotar as políticas de ajuste estrutural, não assumiu integralmente o perfil neoliberal seguido pela maioria dos países latino-americanos, pois contou com vigoroso movimento de setores da sociedade que conseguiram incluir na Constituição de 1988 a garantia de vários direitos sociais.

No entanto, a luta pela universalização do direito à saúde e sua definição constitucional não representou na prática sua garantia de acesso nem mesmo à assistência à saúde para toda a população brasileira, pois, ao mesmo tempo em que se universalizou o acesso à assistência à saúde, houve redução dos recursos financeiros, principalmente no período de 1990 a 1993, ocasionando sucateamento dos serviços existentes (LEVCOVITZ, 1997). Este quadro forçou a população de melhor poder aquisitivo a comprar, no mercado, serviços antes prestados pelo Estado.

Com base no número de beneficiários de planos e seguros privados de saúde registrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2005), presume-se que apenas 22% da população brasileira utiliza-se dos serviços privados de saúde nessa modalidade, sendo a maioria das regiões Sul e Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste, esta cobertura não chega a 10% da população. Hoje, a população usuária dos planos privados de saúde paga tanto os impostos quanto o plano privado e, muitas vezes, não é atendida de forma integral, tendo de recorrer ao SUS para procedimentos não cobertos pelo plano de saúde, geralmente serviços de alto custo.

Desse modo, a população que paga o plano privado de saúde tem prejuízos, porque paga duas vezes – o plano e os impostos – mas toda a sociedade também perde, pois, para favorecer este mercado, o Estado instituiu a renúncia fiscal – os valores pagos podem ser deduzidos do imposto de renda – e ainda as empresas podem repassar para os preços os gastos com assistência médica dos seus empregados.

No país, a expansão dos planos e seguros privados encontra seu limite no próprio processo de acumulação capitalista dependente, que tem imposto duras perdas à classe trabalhadora, tais como: desemprego estrutural, precariedade das relações de trabalho e queda no poder aquisitivo dos salários.

Apesar da forma como foi organizada a assistência à saúde no país, principalmente durante a ditadura militar e dos golpes da política neoliberal, longe de se tornar uma política residual, o SUS transformou-se numa das políticas públicas brasileiras de maior amplitude, pois mais de 70% da nossa população depende desse sistema para solucionar seus problemas de saúde. Ao mesmo tempo, as ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica beneficiam a população como um todo. Não podemos, no entanto, deixar de reconhecer que o SUS padece de graves problemas, tanto de acesso, principalmente nos níveis secundário e terciário de atenção, como de qualidade e resolubilidade dos serviços, entre outros.

No momento atual, constata-se significativa expansão da atenção primária, com a implantação da estratégia da saúde da família, que em muitos municípios de pequeno e médio porte chega a uma cobertura de 100% da população. Esta estratégia tem entre outros objetivos reorientar o modelo assistencial.

A partir da garantia legal do direito à saúde, cabe a tarefa de implantar um sistema nacional de saúde, universal, equânime e que preste atenção integral à saúde dos cidadãos, numa realidade de profundas desigualdades sociais. Na luta para constituição do SUS, vamos encontrar vários interesses e necessidades que se confrontam na esfera pública e influenciam as decisões políticas que irão formatando o novo sistema. Em Elias (1997) constam algumas possibilidades sobre a responsabilidade de impulsionar as mudanças requeridas em determinados contextos sociais:

[...] no Estado nacional desenvolvimentista modernizador, esse papel é atribuído à burguesia industrial, enquanto que no caso representado pela concepção reformista este papel é reservado privilegiadamente à tecnocracia estatal “bem intencionada” e /ou ao poder dos movimentos sociais organizados (ELIAS, 1997, p.197).

No caso da reforma do Sistema Único de Saúde, as análises de Levcovitz (1997, p.8) apontam para a importância do papel de direção assumido pelos agentes estatais – muitos

militantes do movimento pela Reforma Sanitária que ocuparam cargos em órgãos centrais como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde – na constituição do SUS, observando a abrangência de sua missão: “[...] seja na incorporação e tradução concreta dos princípios político -ideológicos propagados pela ‘frente sanitária’, seja na institucionalização jurídico -legal das reformas, seja na implantação técnico-operacional e administrativa do sistema [...]”.

O contexto social em que o SUS foi organizado é adverso à sua implantação. Como evidenciado, o princípio do direito universal à saúde encontra obstáculos na grande desigualdade social, na estrutura de país capitalista dependente, nas orientações do modelo neoliberal e na histórica oferta seletiva e discriminatória de serviços de saúde à população. O direito à saúde foi sendo construído no imaginário da população a partir da vivência concreta na sua relação com os serviços de saúde. Inicialmente foi garantido como um direito contratual, contributivo, apenas para os segurados da previdência (COHN et al., 1991), enquanto para a população não segurada restavam somente precários serviços públicos e filantrópicos, como benesse ou favor. Quando se iniciou a universalização, principalm ente com as ações integradas de saúde (AIS), verificou -se uma diferenciação entre o atendimento aos segurados e aos não-segurados, o que estigmatizava a clientela, como observam Cohn et al. (1991, p.9 e 21):

O próprio fato de a população tomar o direito p or gratuidade aponta caminhos que inconformam os resultados desta análise quanto ao perfil das políticas públicas de saúde adotados no Brasil. Atendo-se apenas ao ponto mais relevante, tal noção desconhece a necessária fundamentação dos direitos sociais no *status* de cidadania. E não se deve creditar tal desacerto a ignorância dos setores “carentes” que de resto apresentam uma percepção bastante adequada dos serviços de saúde disponíveis. [...] vai-se consolidando a concepção do direito à saúde como possibil idade de acesso a uma precária assistência médica de eficiência duvidosa.

A realidade vivenciada pelos usuários do SUS, em muitos momentos, indica a persistência da negação do direito à saúde, embora já garantido legalmente. Para universalizar o direito à saúde, é preciso combinar universalidade com equidade, pois apenas a igualdade reproduzirá as iniquidades existentes.

A integralidade é outro princípio que, para ser implementado, precisará romper com velhos padrões culturais e organizacionais que alimentam antigas dicotomias tradicionalmente presentes no setor saúde, como atenção preventiva ou curativa e assistência individual ou coletiva (COHN et al., 1991). O acesso a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade é um dos sentidos da integralidade com amparo legal (MATTOS, 2001). Entretanto, as demandas dos usuários do SUS vocalizam “a ação integral frequentemente associada ao tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.5), acrescentando novos sentidos à integralidade. Contudo, a criação de vínculos entre usuários, serviços e profissionais de saúde e o cuidado ao usuário como um ser humano integral representam uma meta, ainda, a ser perseguida na maioria dos serviços de saúde.

O único princípio que não colide com os preceitos neoliberais, e é até mesmo uma de suas estratégias, é o da descentralização. No receituário neoliberal, a descentralização deve ser operada por meio das privatizações, principalmente dos serviços secundários e terciários de saúde, para favorecer a redução do aparelho estatal, a transferência de responsabilidades para os níveis subnacionais, sem a respectiva transferência de recursos, tendo como consequência o apelo à sociedade para partilhar responsabilidades da competência do Estado.

Mendes (1998) analisa a descentralização como um processo que na sua implantação concreta envolve muitos desafios e ambigüidades, mas tem representado um avanço no controle público das ações de saúde por meio dos conselhos de saúde. Cohn (1997, p.243) igualmente destaca a importância da descentralização como estratégia que favorece o

desenvolvimento da democracia e da cidadania: “O nível local favorece a construção da democracia e o aprendizado do exercício da cidadania, na medida em que aproxima governo e sociedade”.

O Estado brasileiro adotou a estratégia de descentralização político -administrativa em consonância com muitas das reivindicações do movimento pela Reforma Sanitária, com a devolução a estados e municípios da autonomia política e administrativa e da maioria dos serviços até então executados pelo governo federal; também definiu na Constituição o papel da iniciativa privada como sendo apenas complementar aos serviços públicos de saúde. A descentralização com a devida transferência de recursos favoreceu o crescimento dos serviços públicos de saúde, sobretudo, no nível municipal, e a inclusão de novos sujeitos na arena política, como destaca Mendes (1998, p. 40-41):

O SUS transferiu da União para estados e municípios e, dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de devolução intergovernamental. Como consequência, surgiram, pelo país a fora, milhares de secretarias ou departamentos municipais de saúde, que colocaram na arena sanitária, novos atores sociais, possuidores de poder político e de capacidade técnica para alavancar o sistema público de saúde.

A descentralização foi um dos princípios que mais avançaram na sua operacionalização, apesar do atraso na sua implementação e de seus percalços iniciais. Segundo Levcovitz (1997), o problema mais grave originado no início da descentralização foi o risco de atomização do sistema ocorrido pela municipalização comandada pela relação direta entre Ministério da Saúde e secretarias municipais, deixando as secretarias estaduais isoladas, com quase nenhum papel dentro do sistema. Este processo teve como grandes atores políticos a frente municipalista, a associação de prefeitos das capitais e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A partir da identificação dos riscos de atomização e da necessidade de operacionalização da diretriz de formação de uma rede regionalizada e hierarquizada, além da falta de condições da maioria dos municípios brasileiros de prestar assistência em todos os níveis de atenção para sua população, foi retomada a atuação das secretarias estaduais de saúde como articuladoras e coordenadoras da negociação e pactuação entre os municípios. Consoante este novo direcionamento, foi impulsionada a interlocução com o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que assumiu também seu papel de ator nesta causa. O debate entre os representantes das três esferas de governo na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) mostrou-se fundamental para a correção dos rumos da descentralização. Para tanto, as normas operacionais básicas foram essenciais como instrumentos de indução da unidade do sistema e do papel de direção do Ministério da Saúde na efetivação do SUS (LEVCOVITZ, 1997).

É importante, contudo, a conclusão de Levcovitz (1997, p.251) para a compreensão do SUS, hoje: “A Política Nacional de Saúde anos 80/90 não se construiu por ruptura dos padrões anteriores, mas por intervenções que potencializaram ou obstaculizaram sobre tendências de origens remotas, sobre formatos organizacionais e agências preexistentes”. Portanto, tem-se a convivência de velhas estruturas e práticas com um novo arcabouço político-administrativo e técnico-operativo, formulando um novo modo de atenção à saúde. Isso denota a marca presente na sociedade brasileira, como: a abertura lenta e gradual, durante a ditadura; a transição pelo alto, a partir do pacto com as elites que rejeitou as Diretas -Já, fazendo com que as mudanças sejam lentas e haja mais acomodação de interesses do que transformações profundas que contemplem de forma mais ampla as demandas da maioria da população.

Na Constituição de 1988, a participação da comunidade está prevista como uma diretriz para organização do SUS. Todavia, Guizardi et al. (2005, p.226) refletem sobre a

necessidade da participação da comunidade ser defendida como um valor e sobre sua importância na luta política para que as demandas da população possam efetivamente ser incorporadas na configuração do SUS:

[...] a participação deve propiciar espaços de resistência, possibilidades de que sejam explicitadas as conformações das relações de poder que atravessam o Estado e determinam as configurações das políticas públicas. Nesse sentido, a participação no SUS se faz com a expressão e intervenção dos diferentes sujeitos políticos implicados nos modos como a demanda socialmente construída se efetiva em ações governamentais.

Conforme mencionado, a Lei Orgânica da Saúde institucionaliza os conselhos e as conferências como espaços de participação. Estes se constituem como arenas políticas onde os sujeitos se encontram, representando vários interesses presentes na sociedade. Tais espaços possibilitam a visibilidade necessária às ações públicas e à democratização das decisões sobre a política de saúde.

No próximo capítulo focalizarei o cotidiano das práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, salientando os confrontos entre a cultura política tradicional e a cultura política democrática.

4. AS PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO E SUA INTERFACE COM A CULTURA POLÍTICA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: VELHOS E NOVOS VALORES EM CONFRONTO

4.1 Os conselheiros de saúde: sujeitos da pesquisa e sua trajetória

Para analisar as práticas de participação do Conselho Municipal de Saúde considero fundamental conhecer os sujeitos da pesquisa e sua trajetória, para a compreensão do modo como se inserem política, social e culturalmente, e como percebem sua atuação como conselheiro. O primeiro movimento de sistematização do material empírico foi a construção de um perfil do grupo de conselheiros, organizado a partir dos dados de identificação coletados: sexo, idade, grau de instrução, ocupação, renda, segmento que representa, filiação partidária e participação em campanhas políticas. Esta estratégia é um dos pré-requisitos metodológicos da dialética. As visões, valores e crenças não podem ser compreendidos sem a identificação dos sujeitos e do contexto onde estão inseridos. Neste estudo, os contextos considerados são o setor saúde do município, que funciona como cenário, e o Conselho Municipal de Saúde, arena onde se desenvolvem as práticas de participação objeto de estudo.

O Conselho Municipal de Saúde estudado é composto por 24 membros titulares e 24 suplentes, de acordo com o princípio da paridade estabelecido na legislação pertinente.⁴ Dos conselheiros, do período 2003-2004, foram entrevistados quatorze membros titulares e três suplentes. Como o objetivo geral é analisar as práticas de participação presentes no Conselho e sua relação com a cultura política local, foram entrevistados somente os conselheiros com participação efetiva, pois além de quatro assentos estarem vagos no início desse período – três de usuários e um de governo – alguns representantes, apesar de estarem indicados, pouco

⁴ A paridade dos conselhos de saúde está definida na Lei 8.142/90 e a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde propõe diretrizes para criação, reformulação e estruturação dos conselhos de saúde em todo o território nacional.

compareciam ao Conselho. Os três suplentes – dois usuários e um representante de governo – selecionados também obedeceram ao critério da participação. No caso dos dois usuários, mesmo os seus titulares estando sempre presentes, eles também compareciam assiduamente às reuniões plenárias e eram membros atuantes de comissões permanentes do Conselho. No caso do representante do governo, suplente do secretário de saúde, apesar de não ser assíduo, foi o único representante do governo que chegou a ter uma maior participação no Conselho nesse período.

Os dezessete conselheiros entrevistados representam os seguintes segmentos: onze representantes de usuários – destes, dois ocupam assento de usuários, mas são profissionais de saúde de nível superior, exercendo suas funções, um no serviço público municipal e no serviço privado e o outro em serviço filantrópico; três de profissionais de saúde; dois são representantes dos prestadores de serviços e um é representante do governo. Seis são do sexo feminino e onze são do masculino.

As faixas de idade foram estabelecidas com intervalos de 10 anos. Entre 30 e 40 anos, são quatro conselheiros; entre 41 e 50, são cinco; entre 51 e 60 anos são três; entre 61 e 70 apenas um; entre 71 e 80, são dois; maior de 80 anos, um. Além disso uma conselheira não quis revelar a idade. Incluindo esta conselheira de aproximadamente 60 anos, podemos constatar que 76,47% dos conselheiros têm mais de 40 anos. Ao se referirem a suas trajetórias de participação em algum movimento ou organização comunitária ou profissional, a maioria destaca que já tem alguns anos de experiência de participação. Nos processos de participação a experiência em movimentos comunitários, sindicais é importante para favorecer o aprendizado da luta política e da cidadania (GOHN, 1992).

Quanto ao grau de instrução, os conselheiros estão assim distribuídos: dois têm o ensino fundamental incompleto; dois completaram o ensino fundamental; cinco possuem o ensino médio; oito possuem nível superior. Destes, três têm especialização, dois, mestrado e

dois, doutorado. Portanto, 52,94% dos conselheiros têm até o ensino médio e todos estes são usuários.

Na divisão social e técnica do trabalho, todos os entrevista dos estão inseridos no setor de serviços: oito são profissionais de saúde de nível superior, representando 47,06% dos entrevistados; três são autônomos, um fotógrafo e dois pequenos comerciantes; dois são aposentados e exerceram atividades no serviço público; dois são servidores públicos; um é funcionário terceirizado no serviço público; e uma é dona de casa. Estas ocupações somadas ou não à de outros membros da família geram uma renda familiar mensal nas seguintes faixas: quatro entrevistados têm renda familiar de até dois salários mínimos; três possuem renda maior que dois até cinco salários mínimos; dois têm renda maior que cinco até dez salários mínimos; seis têm renda maior que dez salários mínimos; e dois não declararam a renda. Dos 41,18% que ganham até cinco salários mínimos, todos são usuários.

Entre os recursos de poder que favorecem a participação, a renda é considerada importante e a sua ausência ou insuficiência dificulta-a até em questões simples como o dinheiro para se deslocar para participar das atividades do Conselho. Considerando esta realidade, o CMS decidiu fornecer vale transporte para o conselheiro sempre que ele comparece às atividades do Conselho. Segundo evidenciado pelo processo de observação, este mecanismo é fundamental para garantir a presença dos conselheiros de baixa renda nas atividades do Conselho, pois quando faltava o vale eles ficavam na dependência de colaboração de terceiros para comparecer às mencionadas atividades.

Grau de instrução e renda são dois importantes indicadores para analisar a desigualdade social presente na sociedade que se reproduzem no interior do Conselho, provocando em determinados momentos assimetrias de poder e saber, gerando dificuldades para a participação. Como demonstra Chauí (1993) ao analisar o autoritarismo da nossa

sociedade, as diferenças e as assimetrias sociais e pessoais transformam -se em desigualdades e estas se transformam em hierarquias.

Na pesquisa de Castro (2000) ela já identificava essa hierarquia dentro do Conselho até na organização espacial: os representantes do governo, prestadores e profissionais sentavam-se nas primeiras fileiras do auditório e os usuários e convidados ficavam mais atrás. Vale salientar que no período desse estudo o Conselho era presidido pelo secretário de saúde e este geralmente estava presente nas reuniões. Posteriormente, o Conselho passou a ser presidido por um usuário, que aproximou mais os usuários da direção e da dinâmica de funcionamento do Conselho. Além disso, a continuidade do exercício da participação também pode ter favorecido a alteração dessa disposição espacial. Hoje muitos usuários ocupam os primeiros lugares no auditório e sentem -se mais à vontade ao falar, como pode ser observado no depoimento a seguir:

[...] eu conheci gente do Conselho Municipal que usavam aqueles discursos belíssimos, chavões, frases de efeito, e hoje com o avanço nosso... Quando começavam a falar bonito as pessoas ficavam inibidas de perguntar o que quer dizer isso. Mas hoje as pessoas perguntam (Usu. G).

Mesmo com um contexto mais favorável à expressão da participação popular, outro usuário manifestou seu entendimento quanto à valorização e ao respeito à fala deles quando disse em uma reunião do Conselho que as falas são valorizadas conforme o sujeito que fala e não pelo conteúdo por elas expressado. Esta deferência é percebida inclusive no silêncio e na atenção no momento da fala de certos conselheiros (registro no diário de campo). Um traço da cultura política: o respeito à fala do “doutor”. Isso ilustra o elitismo que domina as relações entre aqueles que detêm o saber técnico e/ou científico e o cidadão que não conseguiu chegar à universidade.

Outro indicador analisado nesta pesquisa foi a filiação partidária, identificação com algum partido político e a militância nas campanhas eleitorais. A participação política é considerada pelos estudos de cultura política um fator importante para caracterizar a cultura política predominante em um grupo social. Entre os entrevistados, dez, ou 58,82%, não têm filiação partidária; enquanto sete têm filiação partidária. Destes, seis são filiados a partidos de esquerda e um a partido de centro. Observei durante a pesquisa que a maioria dos entrevistados sem filiação partidária expressava valores que se identificavam com a cultura política tradicional, enquanto aqueles com filiação a partidos de esquerda, a maioria expressava valores identificados com a cultura política democrática.

Os sete filiados a partidos políticos exercem participação ativa nas campanhas eleitorais. Dos dez conselheiros não filiados a partidos políticos, três dizem não ter simpatia por nenhum partido e que votam na pessoa: “Eu voto pela pessoa que eu acredito e não por partido, eu nunca votei por partido” (Usu. A). Seis admitem ter simpatia por algum partido político e que durante as campanhas eleitorais fazem campanha para algum candidato. Destes, quatro fizeram campanha para candidatos de centro-direita. Apenas um entrevistado não respondeu sobre sua simpatia ou envolvimento com campanhas eleitorais.

Ao identificar a trajetória dos entrevistados para se tornarem conselheiros, constatei os seguintes dados: dois entrevistados não tinham nenhuma participação anterior ao ingresso no Conselho Municipal. Suas inserções foram assim determinadas: um foi indicação do gestor; e a outra indicação da direção do órgão que trabalha para cumprir uma determinação do Ministério Público (MP): “Nós recebemos, a Instituição [...] recebeu, se eu não me engano foi do Ministério Público, uma intimação pra que eles indicassem duas pessoas [titular e suplente] pra assumir o Conselho Municipal de Saúde” (Usu. A).

Esta intimação foi provocada pelo Conselho Municipal solicitando ao MP intervenção no sentido de exigir que fossem indicados quatro representantes de usuários para garantir a

paridade do Conselho, pois esta, na prática, não estava ocorrendo. O Conselho já havia solicitado por ofício várias vezes às entidades responsáveis por estes assentos indicar seus representantes. Como não foi atendido, recorreu ao MP. Um desses assentos era de entidades representantes de portadores de patologias especiais, diretamente ligados à questão da saúde. Os outros eram de entidade do movimento de mulheres; de idosos e aposentados; e das centrais sindicais. Não posso inferir sobre os motivos da não participação, mas posso destacar a importância desses segmentos na luta para garantia do direito à saúde.

Em continuidade à identificação da trajetória de participação dos conselheiros, um entrevistado fez referência à sua participação pontual no conselho local onde trabalha; outro, à sua participação no movimento da saúde mental e militância partidária; três citaram suas participações em entidades de classe; cinco possuem uma trajetória ligada aos movimentos comunitários de bairro; e outros cinco, além dos movimentos comunitários, destacaram a militância partidária. Segundo posso concluir, 82,35% dos entrevistados participam não apenas dos conselhos de saúde, mas também de outros movimentos ou organizações da sociedade civil.

Outro elemento investigado na pesquisa é a participação dos conselheiros do Conselho Municipal em outras instâncias de controle social, no município – conselhos regionais e locais de saúde. Apenas os representantes de usuários participam dessas outras instâncias. Dos onze conselheiros usuários entrevistados, oito participam ao mesmo tempo de conselho regional e local de saúde; um participa só de conselho regional e outro só de conselho local. Esta participação em outras instâncias de controle social permite ao usuário estabelecer conexões entre a visão geral que a participação no CMS proporciona e uma visão micro do SUS no município, quando ele acompanha a dinâmica do serviço na unidade onde é conselheiro.

A seguir farei um breve resgate histórico do Conselho Municipal de Saúde. A história fornece pistas para compreender o presente. Nesta pesquisa, o Conselho é o palco principal, arena de luta das práticas de participação dos conselheiros.

4.2 Breve resgate histórico do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

O contexto histórico da institucionalização das práticas de participação no estado do Ceará e em particular em Fortaleza traz as marcas do processo de democratização da sociedade brasileira. Parcela da sociedade civil de Fortaleza vinha protagonizando um amplo movimento de mobilização social, questionamento da ditadura militar e luta por direitos. Um dos marcos iniciais desse movimento foi a luta pela anistia desencadeada em 1975 e posteriormente, a surpreendente eleição, em 1985, da prefeita Maria Luiza Fontenele, pelo Partido dos trabalhadores, em uma disputa com os políticos tradicionais representados pelos coronéis que dominaram o estado durante todo o regime militar e os políticos do PMDB que faziam oposição ao regime.

Maria Luiza Fontenele pertencia a um grupo político que em determinado momento abrigou-se no MDB, posteriormente migrou para o PT, quando concorreu às eleições municipais. Esse grupo desenvolvia grande ativismo político junto ao movimento popular na periferia da cidade, ao movimento de mulheres e ao movimento de trabalhadores rurais em alguns municípios.

Ao mesmo tempo em que as esquerdas e os movimentos populares se organizavam, também uma fração das elites procurava modernizar-se e assumir um novo protagonismo na política. Em 1978, um grupo de jovens empresários reunidos no Centro Industrial Cearense (CIC) começa a se articular no sentido de trazer para a cena pública uma visão moderna do capitalismo e de administração pública. Este novo grupo se mobiliza numa frente pró-

mudanças, e em 1986 dentro do PMDB, numa coligação com partidos de esquerda como o PCB e o PC do B lança o empresário Tasso Jereissati, para concorrer ao governo do estado contra os coronéis que dominaram o Ceará durante todo o regime militar. Essas elites ditas modernas assumem o aparelho estatal com um discurso de modernização da máquina pública contra as forças do atraso, compromisso com a coisa pública e a justiça social (CARVALHO, 1999).

O movimento de reforma, do setor saúde no estado, teve maior crescimento a partir de 1987, quando a gestão da Secretaria Estadual de Saúde foi assumida por médicos com formação sanitaristas. Este fato contribuiu para o avanço da municipalização no estado, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Ao analisar a Reforma Sanitária no estado, Abu-El-Haj (1999, p.44) destacou o apoio da Secretaria Estadual de Saúde ao controle social, por meio de seus técnicos que assessoravam o Conselho Estadual de Saúde:

[...] o apoio incondicional ao controle social do SUS através dos conselhos municipais de saúde e do Conselho Estadual de Saúde [...]. O Cesau [Conselho Estadual de Saúde], enquanto em outros Estados nordestinos é visto como adversário pelas secretarias de saúde, no Ceará, se transformou num aliado na identificação de demandas sociais. Além disso através de sua secretaria técnica, serviu como principal propulsor da formação dos conselhos de saúde do Estado, fora da capital.

Ainda segundo o autor, em 1995, 78,26% dos 184 municípios do estado estavam habilitados em algum nível de gestão conforme a NOB-93. Destes, seis já haviam assumido a gestão semiplena. Em março de 1996, já havia 92,39% dos municípios habilitados, ou seja, já tinham elaborado um plano municipal de saúde e criado um fundo e um conselho de saúde.

Para contextualizar a história do controle social por meio dos conselhos de saúde em Fortaleza, entrevistei uma usuária – que fez parte do primeiro Conselho Comunitário da Previdência – e cinco profissionais de saúde – entre estes, uma fez parte da Comissão

Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e integrou o primeiro grupo de conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e outra fez parte da equipe técnica no início da distritalização e também foi membro do CMS, em 1993 – que participaram da construção do Sistema Único de Saúde na cidade, e realizei pesquisa documental nos livros de ata da CIMS e do CMS. No referido município, o processo de municipalização da saúde iniciou -se com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em Fortaleza, a descentralização já vinha ocorrendo desde julho de 1986, durante a gestão da prefeita Maria Luiza Fontenele, quando foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde formada por representantes institucionais do setor saúde e representantes da sociedade civil, começando com a discussão da distritalização. Uma equipe do ex-INAMPS realizou o estudo da rede de serviços, estruturando a referência e contra-referência dos pacientes, de acordo com os níveis de atenção. O estudo previa a implantação de nove distritos sanitários, mas a regionalização inicial estabeleceu apenas oito. Ao mesmo tempo em que as ações administrativas iam sendo organizadas, o processo de mobilização da comunidade também ia sendo desenvolvido.

Conforme uma das entrevistadas, funcionária do ex-INAMPS, o processo de mobilização comunitária começou em 1986, com a organização dos Conselhos Comunitários da Previdência Social em algumas unidades de saúde do INAMPS. A formação desses conselhos foi motivada pelo Decreto 92.701, de 21/5/1986, assinado pelo então presidente José Sarney. O Conselho era formado por contribuintes e não contribuintes da previdência, e sua atuação estava voltada para a fiscalização dos serviços nas unidades de saúde da previdência social. As associações comunitárias e os sindicatos de trabalhadores poderiam organizar o Conselho, mas este deveria ficar aberto à participação de qualquer contribuinte ou usuário.

Ainda em 1986, após seis meses de mobilização das lideranças comunitárias e realização de reuniões, foi formado o primeiro Conselho Comunitário da Previdência na cidade. Este Conselho funcionava em uma unidade ambulatorial do INAMPS, na Floresta, periferia oeste de Fortaleza. A conselheira entrevistada lembra que o Conselho recebeu a carta de reconhecimento – documento reconhecendo a existência do Conselho – das mãos do Ministro Raphael de Almeida Magalhães (depoimento de ex -conselheira que participou do referido Conselho).

A princípio esse trabalho de mobilização foi conduzido pela equipe de serviço social do INAMPS que contava com estes profissionais em várias das suas unidades, sob uma coordenação central. A partir das articulações interinstitucionais e da criação da CIMS foi ocorrendo o envolvimento de outras instituições como a Secretaria Estadual e a Secretaria Municipal de Saúde, bem como de outras categorias profissionais.

Para pensar a organização dos serviços com base no processo de distritalização, a Secretaria Municipal de Saúde formou uma equipe de planejamento. Com esta finalidade, o município foi dividido em oito distritos sanitários e contou com uma equipe de coordenação e oito equipes técnicas⁵ às quais cabia realizar um diagnóstico do território e da rede de serviços, mobilizar as comunidades para participar do processo e promover a intersetorialidade. O processo iniciado com as AIS teve prosseguimento com a implantação do SUDS. Cada equipe técnica desenvolvia a mobilização das entidades comunitárias de sua área de abrangência para a criação dos conselhos distritais e locais de saúde.

No município, a organização dos conselhos foi dirigida por técnicos do ex -INAMPS e das secretarias estadual e municipal de saúde, que estavam comprometidos com a Reforma Sanitária. Os conselhos têm seus embriões neste período de implantação das AIS, seguido da

⁵ As equipes técnicas tinham caráter interinstitucional e eram formadas por profissionais das várias instituições de saúde envolvidas no processo de municipalização – Secretaria de Saúde do Estado, do município, Fundação de Saúde do Estado, INAMPS. Tive acesso a um caderno de registro das atividades da Equipe Técnica do Distrito Sanitário III, no período de 1987 e 1988.

organização dos distritos de saúde. Conforme depoimento das técnicas entrevistadas que participaram das mobilizações no período, a princípio, as lideranças comunitárias se mantinham a distância, mas no decorrer das atividades os técnicos conquistavam a confiança delas. “[...] nesta época havia uma certa desconfiança, as lideranças achavam que a gente estava a serviço do governo [...]” (Ex-conselheira V). Ainda segundo esses depoimentos, foram momentos muito ricos, as comunidades participaram de intensas mobilizações com passeatas, atos públicos, organização de caravanas para ir a Brasília, durante a Assembléia Nacional Constituinte; e atuação efetiva dos conselhos distritais e de alguns conselhos locais. A denominação de Conselho Comunitário da Previdência foi substituída por Conselho Local de Saúde.

Na ata da reunião ordinária da CIMS do dia 30/11/1987, já consta uma primeira discussão para criação do Conselho Municipal de Saúde. Não há registros de funcionamento da CIMS no período de março de 1988 a janeiro de 1989. Não foi possível esclarecer nas entrevistas se o livro de ata foi extraviado ou houve descontinuidade do processo provocada pelas eleições municipais de 1988. Somente em 16/2/1989 é que aparece o registro de nova reunião da CIMS, já na nova administração municipal, com uma alteração na sua composição, apenas com os representantes das instituições públicas de saúde, sem a participação da sociedade civil.

Em 1988, o candidato indicado pelo grupo da prefeita Maria Luiza Fontenele perde as eleições para o candidato Ciro Gomes do PMDB, apoiado pelo “governo das mudanças”, que também era do PMDB. Depois este grupo saiu do PMDB para fundar o PSDB no Ceará, sob a liderança do governador Tasso Jereissati. Todavia, em 1990, o prefeito eleito afasta-se para candidatar-se ao governo do estado, e o vice, Juraci Magalhães, que é do PMDB histórico, assume a prefeitura, faz seu sucessor e candidata-se novamente em 1996, sendo reeleito em 2000. Com a saída do grupo que compõe o “governo das mudanças” do PMDB para formar o

PSDB, passa a haver um antagonismo entre o governo municipal e o governo estadual. E há uma alteração nos rumos mudancistas que começavam a se desenrolar na prefeitura de Fortaleza. O novo gestor municipal apresenta uma posição conservadora denotando forte influência da cultura política tradicional.

A CIMS continua a discussão sobre a formação do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, o qual é criado pelo Decreto municipal 8.417, de 5 de dezembro de 1990, anterior à Lei federal 8.142, de 28/12/1990, que regulamenta a criação dos conselhos de saúde no Brasil. Em 27/3/1991, realiza-se a primeira reunião ordinária do CMS e na ocasião acontece a eleição dos nove usuários, representantes dos distritos sanitários. A composição definia que nove usuários deveriam ser indicados pelos conselhos distritais de saúde, mas como na época, segundo registro da ata, eles não estavam organizados, cada distrito indicou um representante usuário para assumir o cargo provisoriamente. Na ata desta reunião, há o registro de um dos eleitos que era conselheiro no período dessa pesquisa.

O primeiro corpo de conselheiros só foi nomeado pelo ato 2.636/91, do poder executivo, de 9/7/1991, sem a representação dos usuários dos nove conselhos distritais. Sua composição não obedeceu ao princípio da paridade, pois era formado de 31 membros, sendo quinze representantes de usuários. Destes, nove seriam indicados pelos conselhos distritais de saúde; só havia cinco representantes de profissionais de saúde e cinco de prestadores de serviço, inclusive um que não prestava serviços para o SUS – no caso, a UNIMED. Segundo o decreto, o presidente do CMS era o próprio secretário de saúde, substituído na sua ausência pelo seu chefe de gabinete; os representantes da sociedade civil eram indicados pelas direções das entidades; e o mandato dos conselheiros extinguiu-se com o mandato do prefeito. Este decreto sofreu alterações em 22/10/1992, por meio do Decreto 8.954/92, sendo a mais significativa a mudança do quórum de maioria para um terço de seus membros, e em segunda

convocação. Castro (2000, p.100) retrata alguns aspectos do funcionamento do CMS no período de 1990 a 1993:

Não há nos seus registros atas ou resoluções que anunciem alguma forma de ação do Conselho naquele período, a não ser suas atas de implantação, a posse dos conselheiros e a implantação dos conselhos distritais, além de um único momento de discussão política sobre a municipalização de hospitais psiquiátricos, cujos debates registrados denotam uma certa dificuldade política entre Estado e Município. Cabe destacar o antagonismo político entre o grupo [“governo das mudanças” governo estadual] [...] e membro de um outro grupo político ainda bastante vinculado às forças oligárquicas do Estado, a quem coube a tarefa de administrar o Município do final de 1990 a 1992.

Em 1993 e 1997, o CMS passou ainda por duas reestruturações. Em 93, assume o prefeito Antonio Cambraia – PMDB – que nomeia para secretário de saúde o ex-deputado federal pelo PMDB, Raimundo Bezerra, constituinte protagonista da luta pela Reforma Sanitária. O secretário se empenha em restabelecer o funcionamento do CMS (CASTRO, 2000), promovendo sua reestruturação por meio do Decreto 9.144 de 9/7/1993. A reformulação seguiu o princípio da paridade, 50% de usuários, mas a representação de profissionais ainda era pequena, 17,6%; o presidente seria eleito entre seus membros, porém, substituído, na sua ausência, pelo secretário executivo; o mandato passou a ser de dois anos, e não deveria coincidir com o mandato do prefeito; entre as competências do CMS estavam a criação, aprovação e reconhecimento dos conselhos locais e distritais como instâncias consultivas. Castro (2000, p. 105) destaca a atuação do CMS na nova gestão municipal:

De abril de 1993 a junho de 1994, registra-se uma atuação dinâmica marcada por várias discussões a respeito da política de saúde do município, denotando uma feição diferenciada da gestão anterior. Nesse período, discutiu-se sobre a implementação do modelo de gestão semiplena no Município; votou-se o plano municipal de saúde; discutiu-se sobre a reforma do Instituto José Frota, inclusive a possibilidade de

privatização de leitos; debateu-se as diretrizes de uma política municipal de recursos humanos para a saúde e implantaram-se vários conselhos locais e distritais de saúde.

Este breve resgate da história do Conselho teve o objetivo de demarcar alguns momentos do passado para a compreensão do presente. Contudo, o marco temporal deste estudo é o ano de 1997 pelo “acontecimento” inesperado ocorrido no CMS, onde profissionais e usuários se mobilizaram para mudar os rumos do Conselho e assumir um maior protagonismo nessa história. Nesta perspectiva, o acontecimento é reconhecido como o novo, o inesperado, característico da política e da pluralidade humana (ARENDR, 2001).

Neste ano, assume novamente a administração da cidade o prefeito do PMDB Juraci Magalhães que havia deixado o cargo em 1992. Com a mudança, realiza-se a troca de secretário e o cargo de presidente do Conselho fica vago. Para preenchê-lo há eleição. O resultado da eleição para a presidência do CMS foi um acontecimento imprevisível. Era o novo que se anunciava, característico da ação política, pois pela tradição este cargo era sempre exercido pelo secretário de saúde, sem a concorrência de outros candidatos. Entretanto, os profissionais de saúde e os usuários se articulam para lançar um candidato. O secretário municipal de saúde candidata-se à presidência do Conselho, mas perde a eleição para uma profissional de saúde. Tal fato gerou profunda crise entre os conselheiros e o gestor municipal. Em consequência desta crise, todo o material do Conselho foi “despejado” da sede da Secretaria Municipal de Saúde, que retirou seu apoio e negou as condições mínimas para seu funcionamento, ignorando-o e fechando-se para o diálogo.

Neste mesmo período o prefeito anuncia uma reforma administrativa que extingue a SMS e cria a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS). O novo titular da pasta, ainda comparece à posse da presidente do CMS, ocorrida na Câmara Municipal, mas após esse ato também fecha-se para o diálogo. Segundo indicou, seria encaminhado à Câmara projeto de lei para a reestruturação do CMS.

O acontecimento causou revolta e indignação, impotentes, porém, para reverter a decisão do gestor municipal. Os conselheiros – usuários e profissionais – ainda resistiram. Reuniram-se em outros locais, foram aos meios de comunicação para denunciar a situação, tentaram influenciar a opinião pública e reorganizar legal e politicamente o Conselho, como é destacado pelos depoimentos a seguir:

Foi revoltante, eu lembro que eu fiquei no 0800 do Ministério da Saúde, jornal, na TV, no cena pública eu ainda consegui fazer isso, porque de todas as maneiras foi absurdo, [...] (Usu. G).

[...] o conselho ficar sem funcionar, funcionar oficialmente por mais de um ano, porque nós fazíamos as reuniões, inclusive as atas dessas reuniões ficou lá, se sumiu ou não, eu não sei, todas as atas, mesmo sem a presença do secretário e sem ser legalmente reconhecido, a gente fazia as reuniões [...] só que essas reuniões tinham o caráter diferenciado, elas eram imbuídas da intenção de reorganizar o conselho do ponto de vista legal, do ponto de vista político [...] o cenário era de luta porque tinha a necessidade de se trabalhar a grande imprensa, a opinião pública [...] a gente conseguiu até ter uma articulação política maior, inclusive a gente conseguiu definir politicamente quais eram os eixos de luta e seguiu articulada até o final do processo, inclusive segmentos que eu achei que não iam participar, por exemplo, o [representante dos prestadores] participava das reuniões, mesmo o Conselho não sendo reconhecido oficialmente, é claro que ele não se expunha nos momentos assim de embate, de confronto, ele não ia se expor, mas ele legitimou o conselho que não era legitimado pelo secretário, fora os representantes de governo, todos os outros permaneceram (Ex-conselheira Q).

A partir deste acontecimento podemos identificar alguns elementos da nossa cultura política. Em uma sociedade democrática, pressupõe-se a aceitação do resultado de uma competição política orientada por regras claras. Conforme estava previsto no decreto e no regimento interno, o presidente do Conselho deveria ser eleito pelo plenário, e qualquer um de seus membros podia concorrer à vaga. Todavia, o resultado da disputa não foi aceito pelo segmento que perdeu. Prevaleceu o autoritarismo, o não respeito às regras mínimas da

democracia, que é submeter-se à vontade da maioria. Alguns entrevistados que vivenciaram o processo refletiram sobre o fato e identificaram no ato o autoritarismo, a divergência ideológica, a concentração de poder. Na opinião do entrevistado que relaciona o fato à questão ideológica: eles não tinham consciência disso, apenas queriam mudança na condução do Conselho:

[...] prepotente [...] eles não aceitaram, mas não puderam fazer nada a não ser esconder o material, e aí é que começou a perseguição, depois eles elegeram um vereador para apresentar o projeto de lei [para reestruturar o Conselho] (Usu. L);

[...] não foi o fato do profissional de saúde, foi um problema muito mais ideológico, porque ele viu aquele profissional de saúde ligado a um determinado partido político [...] alegaram que ela não podia se afiliar ao Conselho de Saúde por não fazer parte da linha do prefeito. Era comunista. [...] Não foi por consciência [...] a consciência que nós tivemos, vamos votar pra mudar (Usu. G);

[...] Era só o poder. [...] É o poder, a pessoa, o *status*, eu sou presidente, fechar na mão, comandar, é a historia do poder, querer mandar. Aí aconteceu tudo isso, como ele perdeu, passou um ano sem ter reuniões, a gente se reunia de qualquer maneira, mas sem ter nada [...] porque não queriam a fiscalização em cima deles, eu acho, pra que não descobrissem ou ver o que tava acontecendo de fato. Eles estavam vendo que o conselho ia ser um perigo em cima, né, como ainda hoje eles têm isso, estão abrindo um espaçozinho desse tamanhinho [...] (Usu. F).

O movimento de articulação dos conselheiros permitiu acreditar na possibilidade da disputa pela direção política do Conselho. E que alguém desvinculado da estrutura do poder e mais próximo dos usuários teria mais capacidade de representar seus interesses. Na esfera pública, uma diversidade de interesses se confronta, mas alguns sujeitos são considerados mais livres da estrutura de poder, e por isso mais comprometidos com a defesa dos interesses coletivos. Dentro da cultura política local é difícil romper com a tradição.

Porque eles [os conselheiros] já estavam cansados e achavam que um secretário não ia defender os interesses da entidade [Conselho] com o mesmo vigor que um

profissional. O profissional, por exemplo, podia não ter interesse nenhum, e era uma pessoa que a gente convivia, que a gente via que estava lá na direção. Então se admitiu que uma pessoa desvinculada do poder tivesse mais capacidade de se integrar à política de saúde, pela tradição não era correto, mas tinha que tentar (Usu. L).

Também despertou em um usuário a crença de que eles poderiam disputar a direção do Conselho. Segundo o entrevistado, há muito preconceito contra os usuários, nos próprios espaços de participação, como atrasados, ignorantes, desinformados, despolitizados. As elites intelectuais, detentoras de um saber e, nos partidos políticos de esquerda, uma vanguarda esclarecida. O entrevistado identifica o autoritarismo e o elitismo não só no aparelho do Estado, mas também na sociedade civil, entre os próprios militantes do movimento pela Reforma Sanitária:

O que ela dizia era quem deveria ser o presidente do Conselho de Saúde era o secretário, porque os usuários não tinham condição de ser presidente do Conselho de Saúde, e eu ficava muito invocado. Por que não pode ser? E eu achava que não podia, no meu eu, eu não tinha capacidade de ser presidente do Conselho coisa nenhuma. A prova disso é que nenhuma vez na eleição foi cogitada a eleição de um usuário pra presidente do Conselho, apesar de 50% da composição do Conselho ser de usuários [...]. Na posse da mesa não tinha nenhum usuário. Isso significa que o preconceito não era do gestor, o preconceito é da sociedade. Isso foi importante porque foi o primeiro momento, uma das decepções que eu tive, quando eu achava que tudo que tinha de ruim no sistema de saúde, a responsabilidade era do governo, mas o governo faz parte da sociedade. A prova disso é que na composição da mesa, na Câmara Municipal, não tinha nenhum usuário, e quem escolheu a mesa já eram as pessoas que defendiam o SUS com participação popular (Usu. G).

O CMS havia sido criado por decreto municipal e por isso a prefeitura adotou a estratégia de encaminhar à Câmara Municipal um projeto de lei para reestruturar o Conselho como forma de solucionar o conflito. A partir de pesquisa realizada em jornais de grande circulação na cidade, Castro (2000) registra um intenso debate entre os gestores municipais e segmentos da sociedade civil sobre o funcionamento do CMS nesse período.

A tramitação do projeto de lei na Câmara Municipal mobilizou segmentos da sociedade civil que participavam do CMS para negociar com o legislativo a inclusão de suas demandas no projeto a ser votado: “Aí a gente ficou fazendo muito o trabalho na Câmara Municipal [...] aquela peregrinação, quase todo dia na Câmara Municipal pra mudança da lei [...]” (Usu. G).

Quanto às negociações com os vereadores, visavam à melhoria do projeto e à garantia de acento para alguns segmentos na representação do Conselho, mas, ao final, ficaram excluídas a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – seção regional, e a Ordem dos Advogados do Brasil – seção Ceará, que faziam parte da composição anterior.

Contudo, as reflexões sobre o acontecimento que envolveu a mobilização dos profissionais e usuários para eleição do presidente do Conselho, os desdobramentos da crise com a luta para legitimação da decisão da maioria e, posteriormente, a reconstrução da legalidade necessária para o funcionamento do Conselho permite inferir que as práticas de participação no período tinham as características de confronto, contestação e resistência, assumidas por alguns sujeitos até o limite da recuperação da legalidade do Conselho.

A nova reestruturação foi aprovada pela Lei municipal 8.066 de 8/10/1997, em vigor até o momento. Como principais alterações trazidas pela referida lei, sobressaem: garanti a da paridade com a proporção de todos os segmentos – 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores; definição de uma mesa diretora com presidente, vice-presidente e secretário eleitos pelo plenário; exigência de comprovação de funcionamento regular de no mínimo um ano para as entidades que fossem concorrer a uma vaga de conselheiro; eleição dos representantes da sociedade civil em assembléia determinada para este fim, convocada pelas entidades. Seguindo o modelo dos decretos anteriores, a lei não especificou o nome das entidades da sociedade civil, apenas os segmentos, exceção somente para as entidades médicas que já vinham sendo denominadas nos decretos anteriores; outra

novidade foi a fixação de uma vaga para enfermeiros, uma para odontólogos, uma para farmacêuticos, uma para os outros profissionais de saúde de nível superior e uma para os de nível médio. A lei ainda estabeleceu a necessidade de criação de um decreto municipal para sua regulamentação.

A reforma administrativa de 1997, já referida, gerou a necessidade de uma nova territorialização e da organização de novos conselhos distritais que passaram a ser denominados de conselhos regionais de saúde, criados pela Lei municipal 8.092, de 21/11/1997, cuja composição e competências seriam fixadas pelo CMS e regulamentadas por decreto municipal. Conforme determinado, cada conselho regional indica um usuário, titular e suplente para compor o CMS.

A Lei 8.066/97 foi regulamentada pelo Decreto municipal 10.232, de 3/2/1998. Entretanto, este decreto estabelece quais as entidades da sociedade civil que podem candidatar-se a uma vaga no Conselho; e ainda dá ao prefeito o direito de escolher representantes da sociedade civil, como pode ser observado no parágrafo único do artigo 5º: “Havendo mais de um candidato indicado para a mesma representação, compete ao Chefe do Poder Executivo escolher um dentre os candidatos indicados, ouvido, nesta hipótese, o Secretário Municipal de Desenvolvimento Social”. A existência desse artigo demonstra mais uma vez a arbitrariedade do gestor municipal que tenta controlar as indicações da sociedade civil e o faz de fato como podemos ver a seguir.

Após a publicação do mencionado decreto, houve a convocação de eleição para a composição do novo Conselho. Na ocasião o prefeito usou da prerrogativa constante no decreto municipal e não nomeou uma profissional de saúde – a mesma que havia sido eleita presidente do Conselho – eleita por seu segmento, mas indicou outro profissional para a vaga, desrespeitando a autonomia das entidades e a vontade da assembleia que a elegeu.

No primeiro decreto de nomeação dos conselheiros – Decreto 10.294, de 27/4/1998 – os usuários representantes dos conselhos regionais não foram nomeados, o que só veio ocorrer em 21/9/98, pelo Decreto 10.377/98. A lei municipal que reestrutura o Conselho estabelece que deve haver uma mesa diretora. Após a nomeação do conjunto dos conselheiros, acontece a eleição da mesa diretora, sendo eleito presidente o secretário municipal de desenvolvimento social, tendo como vice-presidente um usuário e como secretário, um profissional de saúde. Em maio de 1999, o secretário da SMDS pede exoneração e o usuário que estava na vice-presidência do Conselho assume a presidência. A ata da quinta reunião extraordinária do CMS de 15/6/99 registra a presença do ex-secretário da SMDS despedindo-se do Conselho e recebendo dos conselheiros agradecimentos pelo seu apoio ao controle social.

Apesar de contrariar a Lei 8.142/90, o Decreto 10.232/98 mantém-se inalterado até 1999, quando o novo presidente do CMS negocia com o coordenador de saúde a convocação de uma conferência extraordinária de saúde para aprovação da gestão plena de sistema municipal para o município, em troca da revogação do parágrafo que concedia ao prefeito a prerrogativa de indicar representações da sociedade civil (depoimento do presidente do Conselho). A referida alteração é publicada no Diário Oficial do Município, Decreto 10.547 de 8/7/1999.

Tanto o decreto que regulamenta o Conselho como o regimento interno estabelecem que o mandato do conselheiro seja de dois anos. Desta forma, o mandato dos conselheiros eleitos em 1998 terminaria em 2000. Entretanto, não houve convocação para novas eleições gerais de todos os conselheiros. Com essa atitude, quebrou-se a normalidade democrática que define como procedimento o respeito às regras estabelecidas para organizar a ocupação de cargos eletivos. Portanto, o decreto e o regimento foram ignorados. Em 11/7/2000, o presidente convoca uma eleição para vice-presidente e secretário do CMS para recompor a mesa diretora que até aquela data permanecia só com presidente.

O tempo de mandato da mesa diretora é controverso. Conforme o Decreto 10.232/98, que regulamenta a Lei 8.066/97 que reestruturou o CMS, estabelece no parágrafo 2º, do artigo 11º, o mandato da mesa diretora é de um ano, permitida uma única recondução; já conforme o regimento interno do Conselho, o mandato é de dois anos, mas nem este era seguido regularmente, pois depois das eleições de 1998 só houve outra eleição para todos os membros da mesa diretora em 2001.

Quando completei os dois anos que eu estava no Conselho – 2001 – indaguei ao presidente sobre o período das eleições no Conselho, se não havia uma sistemática para convocação de eleições para todos os membros. Segundo ele informou, não estava havendo essa regularidade e não era oportuno haver eleição naquele momento quando o grupo estava aprendendo e se fortalecendo. Posteriormente, levei essas inquietações ao plenário, que não se pronunciou a respeito. O presidente adotou então a seguinte sistemática: levando em consideração a data de indicação de cada conselheiro pela sua entidade, ao completar os dois anos, ele encaminhava ofício à entidade informando o término do mandato e solicitando a regularização da representação. Desta forma, verificaram-se apenas eleições isoladas, em períodos diferentes.

Como já destaquei, o regimento estabelece o mandato de dois anos para os conselheiros, permitida uma reeleição. Portanto, novamente o regimento foi ignorado, pois alguns conselheiros permaneceram até nove anos no cargo. Outro descumprimento do regimento foi quanto à mesa diretora. De acordo com este, o mandato é de dois anos, mas só veio ocorrer nova eleição para todos os membros da mesa em 28/9/2001, justamente após os questionamentos que eu havia feito. Na ocasião, foi composta uma chapa encabeçada pelo presidente, eleita por unanimidade. Em 2003, o presidente articula novamente a formação de uma nova chapa para a mesa diretora, eleita sem chapas concorrentes. Estas eleições em 2003 são novos marcadores para a análise do processo democrático e dos debates da cultura

política nas práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde expostas com mais detalhes posteriormente.

A análise das questões legais que orientam a organização e funcionamento do Conselho permitiu-me observar um aspecto da democracia, ou seja, os procedimentos para organizar a competição política, que é considerada por autores como Bobbio (2000) como uma definição mínima. No caso do CMS, estas regras existem mas são pouco conhecidas por alguns dos seus membros e pouco cumpridas por quem as conhece. Com isso não quero ressaltar uma posição legalista, mas salientar a necessidade do seu cumprimento, não descartando seu questionamento e movimentos para sua modificação.

Ao longo da pesquisa vários elementos permitiram-me caracterizar o Conselho de Saúde como uma arena política onde várias forças e interesses se confrontam. Em determinados momentos estas forças tornam-se hegemônicas em torno de uma direção política. Tal hegemonia pode ocorrer sem a organização e o exercício da contestação pública de forma explícita. Dahl (2005), em sua obra **Poliarquia**, na qual ele analisa os processos de democratização, elabora uma tese que segundo ele permite estudar estes processos, ao estabelecer duas dimensões que podem estar sendo avaliadas para indicar se uma sociedade está mais ou menos democrática: a contestação pública – a capacidade de organização e o exercício da oposição ao governo – e o direito de participação. Conforme ressalta, estes indicadores podem ser utilizados também para analisar níveis subnacionais e até organizações como sindicatos, empresas, igrejas.

Seguindo os indicadores de Dahl, a análise sobre o CMS propicia algumas inferências. Ele possui um corpo de conselheiros, com direito a voz e voto nas decisões, e esta participação está pré-definida pelo decreto que estabelece quais entidades podem ter assento no Conselho. Nesse aspecto ela é limitada. Mas além dos próprios conselheiros, o Conselho está sempre acolhendo tanto conselheiros de outras instâncias como pessoas interessadas em

participar das discussões ali ocorridas, as quais não encontram obstáculo à participação no sentido de se pronunciar e tentar influenciar nas decisões tomadas. Da participação desses sujeitos com direito apenas a voz dentro do Conselho poderia se dizer com base na argumentação de Pateman (1992) que sua participação é parcial, pois seus argumentos poderão ser ou não levados em consideração no momento da tomada de decisão e a história do CMS permite-me inferir que mesmo as argumentações dos conselheiros que tinham direito a voto, não eram consideradas na maioria das vezes, na tomada de decisão.

Entretanto, ao longo desse estudo, pude identificar as dificuldades de se organizar e exercer a contestação pública no CMS. No primeiro momento em que ela se expressou, em 1997, não foi institucionalmente reconhecida. Posteriormente, durante muito tempo, a oposição à direção dada ao Conselho não conseguiu se explicitar e quando começava a se delinear de forma mais clara, não era discutida politicamente. Além disso, alguns a consideravam como questão pessoal, ou interferência partidária, com conotação negativa, como veremos depois na análise dos conflitos existentes dentro do Conselho e nas eleições para a mesa diretora.

Em muitos debates dentro do Conselho, havia uma defesa verbal da participação popular e preocupação de criar mecanismos favoráveis à sua expansão. Para tal, uma das medidas foi abrir as comissões permanentes do Conselho à participação de qualquer cidadão que estivesse interessado. Entretanto, quando uma comissão – Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental – começou a ser muito procurada, o presidente sugeriu delimitar o número de componentes de todas as comissões para no máximo oito membros. Apesar de alguns questionamentos sobre esta restrição, a proposta foi aprovada.

Outro caminho escolhido para favorecer a ampliação da participação popular no município foi a aprovação de resolução criando a obrigatoriedade de formação de conselhos locais em todas as unidades municipais de saúde. Desde 1986, quando foi formado o primeiro

Conselho Comunitário da Previdência social em uma unidade local do INAMPS, o município iniciou uma prática de organização de conselhos locais vinculados a unidades de saúde. Mas a existência real desses conselhos dependia do interesse ou sensibilidade de técnicos nas unidades para estimular-lhes a organização ou de movimento popular no bairro que via as experiências de outros bairros e procurava multiplicá-las na sua área.

Em 2000, o CMS aprovou uma resolução transformada posteriormente em decreto municipal, definindo a obrigatoriedade de criação e funcionamento de conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde do município. Este decreto vem legalizar os conselhos locais existentes e ao mesmo tempo obrigar aquelas unidades que não tinham conselhos a organizá-los. Com esta medida, as instâncias de participação e controle social sobre a política de saúde do município legalmente institucionalizadas passaram a ser as seguintes: o Conselho Municipal de Saúde, os seis conselhos regionais e os conselhos locais. O CMS e os conselhos regionais foram criados por leis municipais, enquanto os conselhos locais por decreto do poder executivo.

Todavia, a existência e funcionamento destes conselhos locais continuaram submetidos às mesmas variáveis já citadas. Ainda em 2000, a coordenadoria de saúde da SMDS fez um levantamento sobre o funcionamento dos conselhos locais, nas unidades básicas e nos centros de saúde, e chegou aos seguintes dados: das 78 unidades básicas de saúde, 57 possuíam conselhos e destes 39 eram atuantes. Os critérios utilizados para definir a atuação foram a realização de reuniões mensais, comprovadas pela existência de atas, e a participação de um representante do conselho local no Conselho Regional. A cidade possui ainda nove hospitais públicos municipais. Destes, sete contavam com conselhos locais, que são responsáveis pela fiscalização das contas, isto é, dos repasses do Fundo Municipal para estes hospitais.

Por meio da Comissão de Implementação do Controle Social, o CMS já empreendeu algumas iniciativas para tentar atualizar estes dados, solicitando dos conselhos regionais informações sobre os conselhos locais de suas áreas de abrangência, sem no entanto ser atendido. Em 2004, montou um instrumento (questionário) para ser aplicado em cada conselho local, pelo conselho regional, e o cadastro do conselheiro, também não concretizado até agosto de 2005.

Atualmente a composição do CMS é de 24 membros efetivos e 24 suplentes, assim distribuídos: doze usuários, sendo seis representantes de usuários dos conselhos regionais de saúde; um membro de entidades que representam cada uma das seguintes categorias: idosos; mulheres; portadores de deficiência e patologias especiais; moradores de bairros e favelas da cidade; trabalhadores; e industriários; seis representantes de profissionais de saúde: um médico, um enfermeiro, um dentista, um farmacêutico, um profissional de nível superior, representando os outros – fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e médicos veterinários – e um profissional de nível médio; três representantes do governo municipal e três representantes dos prestadores de serviço.

A lei que reestrutura o Conselho não estabelece quais entidades podem concorrer às eleições em cada segmento, mas o decreto que a regulamenta assim o define. Nesta definição das entidades existem conflitos porque algumas categorias e/ou entidades foram excluídas e não podem sequer concorrer às eleições. Nesse sentido a participação da sociedade civil fica limitada pela decisão do gestor. E a paridade no CMS fica prejudicada porque quatro assentos de usuários desde 1999 têm ficado vagos, sistematicamente, pois alg umas entidades deixam de enviar representantes, enquanto outras reivindicam um assento e como não o têm legalmente, seus representantes participam apenas com direito a voz. Também a representação do governo municipal está prejudicada porque, com a reforma administrativa de 2000, algumas secretarias foram extintas, e o gestor não tomou nenhuma iniciativa de substituir uma

representação dessas secretarias. Efetivamente, desde 2000 o governo municipal só tem indicação de dois representantes no Conselho e com pouca participação.

Na IV Conferência Municipal de Saúde em 2003, foi discutida a composição do CMS e foram aprovadas mudanças. Aumentou-se o total de 24 para 32 membros; em vez de definir o nome das entidades que poderão concorrer a uma vaga, a Conferência propôs deixar em aberto o nome da entidade e que a escolha fosse decidida em assembléia dos segmentos nomeados pela proposta, sugeridos conforme a Resolução 319/2002 do CNS. Mas a grande polêmica da proposta que dividiu a plenária, e mesmo assim teve maior, se deu no segmento de profissionais de saúde de nível superior, porquanto o texto aprovado estabelece seis vagas para entidades que representam as categorias de profissionais de saúde de nível superior definidas na Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde, sem especificar as categorias, eliminando os assentos cativos para médicos, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos. A proposta aguarda regulamentação em lei municipal e até a conclusão da pesquisa, agosto de 2005, esta não havia sido encaminhada à Câmara Municipal. Caso a proposta seja efetivada, possibilitará uma disputa entre as entidades para ocupar uma vaga no CMS, garantindo maior pluralidade e heterogeneidade das representações.

Em seguida farei uma contextualização da política de saúde do município, no período estudado, a partir das visões dos conselheiros, confrontando-as com o Plano Municipal de Saúde 2002-2005 e os relatórios de gestão de 2003 e 2004. Esta é mais uma dimensão do contexto do estudo que favorece a apreensão dos significados que são produzidos socialmente.

4.3 A política de saúde em Fortaleza: a visão dos conselheiros

A implantação do SUS no município seguiu uma trajetória de adoção de vários procedimentos estabelecidos pelas normas orientadas inicialmente pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e, posteriormente, pelo Ministério da Saúde. A pesquisa documental nas atas da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde permitiu observar os encaminhamentos para implantação das AIS, em 1986, depois o SUDS, em 1987, e em seguida o SUS. Todavia, não é objeto deste trabalho fazer um resgate histórico sobre esse processo, pois o estudo desses documentos visava apreender os primórdios da participação e do controle social no município. Entretanto, os registros permitem levantar a hipótese de que os avanços e retrocessos da garantia do direito à saúde em Fortaleza, em certa medida, estavam intimamente ligados ao compromisso dos gestores com a Reforma Sanitária, a responsabilidade dos agentes institucionais em implementar as ações pactuadas, na interlocução com os sujeitos políticos representantes da sociedade civil nas instâncias de participação.

Na política de saúde existem algumas dimensões que ao serem estudadas mostram como é complexo o SUS. Há a dimensão formal, legal estabelecida pela Constituição federal, as constituições estaduais, as leis orgânicas municipais, a Lei Orgânica da Saúde e as normas operacionais definidas pelo Ministério da Saúde. Tem a dimensão do desejo representada pelas conferências e os movimentos que reivindicam o direito à saúde. Tem a dimensão das intenções consubstanciadas no plano de saúde. Mas a realidade da prática cotidiana nos serviços de saúde evidencia a distância entre os vários discursos e a prática. Embora o relatório de gestão tente confrontar o planejado com o realizado por meio das estatísticas e dos dados quantitativos, o confronto desses textos com a realidade cotidiana dos serviços de saúde é feito pelos entrevistados em perspectiva, como um caleidoscópio de múltiplas cores,

de múltiplos ângulos e muitas contradições. Nesta pesquisa a política de saúde não é o objeto de estudo, mas parte do contexto onde se desenvolvem as práticas de participação dos conselheiros para garantir o direito à saúde.

A entrevistada a seguir apresenta uma visão geral do SUS do ponto de vista formal, enfatizando a luta da sociedade civil e as conquistas legais, para logo em seguida interrogar sobre a prática, destacando dois aspectos: a questão do compromisso de todos que fazem o SUS, principalmente dos gestores; e a carência de recursos. Essa carência também é mencionada por muitos entrevistados:

A política de saúde [...] um avanço, se a gente pegar toda a documentação que a gente tem em relação à política de saúde, ao SUS, como ele é concebido, o movimento que houve até chegarmos hoje, onde a gente tem um Sistema Único de Saúde, que teve a Reforma Sanitária. Desde a conferência de 86 que a gente teve a participação popular. Então eu acho que a saúde hoje, [...] na perspectiva formal [...] ela tá excelente. Agora na prática, na prática? Porque uma coisa é você ter [...] o SUS todo pronto lá no papel [...] parece que as pessoas não estão preparadas ainda para o SUS [...] principalmente os gestores, as pessoas que fazem a política de saúde, elas poder iam avançar muito nisso. A nossa saúde é muito carente de recursos [...] não são destinados recursos pra que se faça cumprir todas as deliberações do SUS, aqueles princípios do SUS, equidade, universalidade no atendimento. A gente não vê isso na prática acontecendo, eu acho que falta ainda compromisso com a saúde. [...] a gente tá carente é de pessoas sérias pra tá fazendo funcionar as coisas. A gente não pode também tá dizendo que a saúde está no todo ruim. Ela está ruim porque faltam recursos financeiros [...] (Pro. S. N).

Já os próximos depoimentos apresentam uma visão com alguns detalhes da realidade concreta do município, com ênfase nos avanços conquistados: ampliação quantitativa dos serviços tanto terciários, quanto primários. Todavia, sobressai nas falas a incapacidade do sistema para atender às necessidades da população, como bem ressalta o segundo depoimento, o crescimento quantitativo e qualitativo é insuficiente. Em relação ao próximo depoimento, é preciso um esclarecimento, pois a maioria dos hospitais municipais mencionados pelo

entrevistado foi construída antes do SUS. O grande hospital terciário foi criado em 1936 e sofreu algumas reformas ao longo dos anos. A última, uma grande reforma, na década de 1990. Três hospitais municipais de nível secundário foram construídos na década de 1970 e os outros dois, um em 1989 e outro em 1992. Existem ainda três hospitais secundários construídos pelo estado na década de 1980 e depois transferidos para o município com a municipalização, na década de 1990. Além dos problemas gerenciais e de recursos, o entrevistado fala da influência de vários poderes, sem colocar claramente a interferência partidária no sistema, conforme enfatizado por outros entrevistados.

Então você tem problemas de organização, de gestão dos recursos, de influência de vários poderes que estão envolvidos e você tem uma carência real [...] saúde não tem preço, mas tem custo. [...] cada vez mais os gestores de saúde [...] se capacitam mais pra enfrentar esse desafio que é o SUS brasileiro. [...] e não posso deixar de dizer que muito se cresceu [...] Fortaleza optou por fazer serviços próprios municipais, [...] tem nove hospitais públicos municipais. [...] tem um hospital quaternário, que é o José Frota, que consome metade dos recursos de saúde do município. [...] passou os hospitais estaduais pro município [hospitais de nível secundário, o estado ainda mantém seis hospitais terciários sob sua administração]. [...] aumentamos [...] em termos de leitos hospitalares e também saímos de 46 unidades de saúde pra 87 [unidades ambulatoriais, básicas e centros de referências], e precisa construir mais 35 pra acompanhar aquele crescimento que eu falei. E os recursos pra isso não tem [...] (Ges. T).

[...] houve uma ampliação das unidades de saúde, teve uma grande ampliação, houve um processo de estadualização e municipalização e isso foi bom para o estado. Alguns hospitais tiveram sua ampliação, no terciário [...]. Mas se você for analisar em relação à população esse crescimento estrutural não atende às necessidades, principalmente quando se fala na área terciária, UTI, exames mais complexos, a gente sabe que não atingiu [...] em termos de ações também houve ampliações, na área de diabetes, hipertensão, prevenção, mas também não atinge a população como um todo, nem em quantidade, nem em qualidade. Em relação à atenção básica, que era a proposta de estruturação da saúde da família, esse ainda foi pior, porque nem atingiu

qualitativamente, nem quantitativamente, foi só uma tentativa de descentralização. (Pre. S. R).

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) começou a ser implantada no município em 1998. O plano inicial previa a implantação de 310 equipes até 2001 (VIEIRA, 2001). No primeiro ano foram implantadas 32 equipes. Em 2002 chegou a 109 equipes, caindo para 100 equipes em 2003, conforme relatório de gestão do período, e aumentando para 103 em 2004, com cobertura de 16% da população. Em 2001, a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema do Conselho visitou todas as unidades básicas de saúde da família (UBASF) e apresentou um relatório identificando os seguintes problemas: equipes incompletas, falta de médicos e/ou de agentes comunitários de saúde; inexistência de transporte na maioria das UBASF para as visitas domiciliares. Além disso, houve a lta rotatividade entre os profissionais de nível superior contratados por cooperativas.

Todos esses aspectos foram bastante questionados pelos conselheiros quando da análise do relatório de gestão 2003, pois, conforme este relatório, havia 100 equipes, mas ele não detalhava a realidade do seu funcionamento, em flagrante descompasso entre os números e uma análise mais qualitativa dos dados. Com base nos questionamentos apresentados pelos conselheiros, os problemas levantados em 2001 ainda persistiam em 2004.

Nesses últimos oito anos a administração municipal vinha apresentando propostas para solucionar o problema da atenção básica, independente do PSF. Criou um similar ao PSF que ampliava a carga horária das equipes das unidades básicas, de quatro para seis horas diárias, com remuneração complementar, e implantou um projeto piloto em uma unidade. Contudo, não deu prosseguimento ao projeto.

Como estratégia para inovar no setor saúde, em maio de 2002 foi implantado o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS) destinado reestruturar o atendimento às mulheres, crianças e adolescentes de zero a 14 anos. O projeto priorizava o pré-natal e o

acompanhamento do recém-nascido no primeiro ano de vida, a serem realizados pelas equipes das maternidades dos quatro hospitais distritais do município. A proposta visa à assistência integral à gestante e ao bebê, trazendo para unidades secundárias serviços que deveriam estar sendo desenvolvidos na atenção primária.

Para complementar o MAIS, foi criado o Programa de Saúde do Escolar (PSE), em algumas unidades de saúde, com equipes exclusivas para atender os alunos das escolas e creches municipais da área de abrangência da unidade. Este projeto chegou a ser apresentado no CMS, mas não foi aprovado. De acordo com o Conselho, isto era paralelismo de ações e não priorização do PSF. Ao mesmo tempo feria o princípio da universalidade, pois mencionado programa foi implantado apenas em algumas unidades de saúde. Começou a funcionar em 2002 em 25 unidades e chegou a 58 unidades em 2004.

Em outubro de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde levou para aprovação do CMS o projeto “Quem tem MAIS veste melhor”, que propunha a doação de kits bebê para as crianças cujas mães houvessem feito o pré-natal completo, no mínimo seis consultas, e mais dois enxovais para quem cumprisse todas as consultas de acompanhamento do bebê e o calendário de vacinas do primeiro ano de vida. Os recursos para confecção dos enxovais sairiam do piso da atenção básica (PAB). A Comissão de Planos, Programas e Projetos do CMS estudou a proposta, deu-lhe parecer favorável, mas no plenário da 58ª reunião ordinária o projeto não foi aprovado. Foi, então, solicitado esclarecimentos sobre o desvio de recursos do PAB e sobre o paralelismo de ações, pois no município já existia este repasse de enxoval para famílias pobres nos centros sociais com recursos da assistência social. Na reunião seguinte a secretaria de saúde mandou informar que o projeto havia sido reavaliado quanto ao financiamento e que seria financiado com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social.

O projeto ora referido é mais um exemplo da cultura política local que propõe serviços focalizados, atende apenas a uma minoria, de forma demagógica, repassando serviços com dinheiro público como se estivesse ofertando uma dádiva.

Ainda como estratégia de organização da atenção primária, no ano de 2003 foi criada a Unidade Padrão, reorganizando todas as unidades básicas que não tinham PSF nesse modelo. A Unidade Padrão visava redimensionar os recursos humanos das unidades, porquanto havia unidades com excesso e outras com carência de profissionais, principalmente de nível superior. Esse redimensionamento objetivava organizar o quadro com a seguinte composição em relação aos profissionais de nível superior: seis médicos – dois clínicos, dois pediatras e dois gineco-obstetras – dois dentistas, quatro enfermeiros. A princípio, era continuar no modelo antigo do posto de saúde voltado apenas para atender à demanda espontânea, mas com uma modernização: a adscrição da clientela, cadastramento das famílias, sua vinculação àquela unidade de saúde e o controle feito por meio do cartão saúde. Esta vinculação criou vários problemas, entre eles, o não atendimento da população residente em áreas limites com outros municípios e em áreas não cobertas por nenhuma unidade. Conselheiros residentes nessas áreas traziam essas reclamações para o plenário do Conselho e algumas comunidades levaram denúncia ao MP para terem o direito à assistência à saúde reconhecido (registro da observação).

Quem utiliza os serviços públicos de saúde do município conhece a realidade do seu cotidiano. O depoimento seguinte apresenta alguns aspectos dessa realidade, como: a falta de profissionais, de medicamentos, desrespeito aos usuários, longa fila de espera para atendimentos especializados. No entanto, esse relato não se prende apenas a uma visão micro do sistema. Ele detecta também a defasagem entre o plano municipal de saúde e a prática, as dificuldades dos conselheiros para interferir no processo, identifica vários interesses presentes na arena da saúde e também a corrupção:

[...] um relatório de gestão que deveria ser, digamos assim, uma prestação de contas anual do plano de saúde, [...] porque o relatório de gestão quando chega, os conhecimentos que os conselheiros têm pra contribuir com ele é pouco, com relação à parte técnica, e fica dando a impressão que tudo foi feito, tá sendo feito, mas a gente que vive no dia-a-dia [...] vê a falta de medicamentos, a falta de médicos, o desrespeito ao usuário, na hora do atendimento, médico que não cumpre horário, o pro fissional de saúde que trata mal os usuários [...] esse famoso cartão saúde, com a reorganização do sistema, criou na realidade um problema seriíssimo pra população [...] você tem que entrar na fila de espera [...] se precisar, morre na fila de espera por uma consulta com especialistas. O problema não é nem o plano [...] são os desvios [...] quando chega na ponta, 30% sumiu, no caminho é, com as licitações, contratos que são feitos às escondidas, pagamento de... as propinas, né, a corrupção come muito dinheiro [...] aí entram outros interesses que são dos donos de hospitais privados [...] os fabricantes de medicamentos [...] os interesses corporativistas de médicos, de vários profissionais de saúde, [...] estão muito mais preocupados com a sua categoria do que com o bem-estar da população (Usu. D).

Este depoimento faz menção a um outro grave problema do SUS no município, só dimensionado com a implantação do cartão saúde e das centrais de regulação, qual seja, a demanda reprimida. Com a criação da central de marcação de consultas e exames formou-se uma longa fila de espera, virtual, para realizar exames e consultas especializadas. Ao verificar os relatórios da Central de Marcação de consultas e exames nos períodos de junho de 2004 e junho de 2005, constatei o seguinte: em 2004 havia 47.937 procedimentos à espera de serem realizados; em 2005 este número aumentou para 120.977. A fila para um raio -X de tórax era de 2.317 e passou para 3.709; para uma ultra-sonografia transvaginal a espera era de 6.247 e passou para 12.261; uma consulta com neurologista, a espera era de 3.306, passando em 2005 para 9.079. No mesmo período, a fila de espera para muitos exames laboratoriais foi reduzida. Por exemplo: um hemograma completo caiu de 637 para onze, triglicerídeos, de 2.079 para seis; mas para consultas especializadas as únicas que se reduziram foram mastologia, de 274 para 119, e psicologia, de 551 para 491.

A organização das centrais de marcação de consultas e exames e de regulação de leitos de urgência e emergência e UTIs foi uma estratégia importante para redução do clientelismo e do favor na hora de se conseguir um leito hospitalar ou consulta especializada. Entretanto, esse sistema não foi implantado para as internações eletivas e, portanto, ainda não foi possível dimensionar a demanda reprimida nesta área, nem impor limites ao clientelismo e ao favor no acesso a esse tipo de procedimento. Conforme observei, a identificação da demanda reprimida ainda não havia sido seguida de medidas eficazes para reduzir o problema, pelo menos até a conclusão do trabalho de campo, como mostra a comparação de dados no período de um ano.

Já no próximo depoimento o entrevistado salienta outro problema dos serviços públicos de saúde, relacionado com a cultura da população, que centraliza suas demandas no médico e no medicamento; e também das unidades que não têm a prática de trabalhar na promoção da saúde e enfatizam muito pouco a prevenção. Ele ressalta ainda a interferência partidária, mas até a naturaliza, desde que o indicado tenha competência administrativa; também apresenta uma visão ampliada da saúde, presente na maioria dos depoimentos:

[...] não depende só do governo, a política de saúde depende da conscientização da própria comunidade. [...] o governo tá disponibilizando milhões pra medicamento, você vai na unidade e tem dois ou três... Não falta médico, mas se a unidade também não tiver a conscientização de como cuidar da..., como administrar aquela medicação, como ver pra evitar as doenças. [...] não podemos pensar em saúde, só no medicamento e no médico [...] nós temos que ter a moradia, a saúde tem que ter o saneamento, a saúde tem que ter emprego, a saúde tem que ter lazer [...] principalmente a educação [...] tudo a gente sabe, é partidária [as indicações dos cargos comissionados e dos terceirizados], mas eu não vejo que seja porque político A ou B estejam em uma regional, que aquela regional esteja funcionando melhor, eu vejo que talvez o próprio administrador tem mais capacidade de administrar [...] faltava medicamento porque estava no pregão, estava sem licitação, e na outra regional não faltava porque eles se programavam e sabiam da demora [...] a crise é total, [...] poucas unidades estão tendo um atendimento regular [...] além da incompetência, não tem compromisso (Usu. E).

Como sabemos, a luta para a garantia do direito à saúde envolve vários momentos, entre estes, a participação nas conferências com a apresentação de propostas. Contudo, como enfatiza o entrevistado, isso não é suficiente para sua concretização e aí faltam os outros momentos de participação para garantir o cumprimento das deliberações, como a articulação com os movimentos na comunidade, o Ministério Público e a imprensa, para. O entrevistado também fala de perseguições, possivelmente em virtude de suas experiências no controle social, pois ele representa os usuários no CMS, mas é funcionário público da SMS:

Na política de saúde nós demos um grande passo, mas tá faltando muit a coisa ainda, você vê que a gente passa nessas conferências municipais três, quatro ou cinco dias lutando, entra pela noite, vai às caladas da madrugada, aprova e coloca lá, e lá do papel não sai. Isso é uma barbaridade, você aprova determinado item na que estão da saúde, mas não coloca em prática, aí é uma tristeza. [...] Falta de pressão da comunidade, porque nós temos aí uma grande parceria entre o Ministério Público, nós temos a imprensa, mas nós não cobramos dos gestores, aí a coisa não funciona [...] se você for pressionar, você vai passar a ser perseguido, você tá até correndo risco de vida por parte dos poderosos, mas é preciso acabar com isso (Usu. I) .

A fala desse entrevistado fala da parceria com o Ministério Público e isso ficou evidenciado em seguidas denúncias sobre a situação da saúde no município encaminhadas pelos conselheiros e usuários do SUS. Em dezembro de 2002, a Promotora de Defesa da Saúde Pública, depois de visitar vários serviços de saúde, conselhos regionais e receber inúmeras denúncias feitas por conselheiros e usuários, enviou à Comissão Intergestora Bipartite requerimento solicitando a desabilitação do município da gestão plena de sistema municipal. Os argumentos para tanto eram os seguintes: falta de estrutura para o funcionamento dos conselhos locais, regionais e municipal; inexistência de recursos para os conselhos; falta de capacitação para os conselheiros; descumprimento das deliberações do CMS e não publicação no Diário Oficial das resoluções do CMS; precariedade na infra-estrutura e no funcionamento das unidades de saúde e superlotação dos hospitais. A questão

foi pauta de discussão nas reuniões ordinárias do CMS de janeiro e fevereiro de 2003. Embora o Conselho tenha concordado com todos os argumentos da promotora, posicionou-se contra a desabilitação por achar que isso não iria resolver o problema.

Em janeiro de 2003 assume o novo secretário de saúde – o terceiro no período de janeiro de 2001 a janeiro de 2003 – comprometendo-se em tomar providências para solucionar os problemas apresentados pela promotora. Foi construída e/ou adaptada uma estrutura mínima para cada um dos seis conselhos regionais. Na proposta orçamentária de 2003 já estavam previstos recursos de custeio para o CMS e os conselhos regionais. Mas o problema das resoluções não publicadas persistiu, pois na reunião ordinária de outubro de 2003 o presidente registra o fato de três resoluções não terem sido publicadas, depois de um parecer da assessoria jurídica da secretaria contrário à sua publicação, e no final da gestão, em dezembro de 2004, havia dezesseis resoluções não publicadas. Se a quase dois anos das eleições municipais a situação da saúde em Fortaleza estava a suscitar intervenções do Ministério Público, imaginem no segundo semestre de 2004, quando o candidato do prefeito perdeu as eleições.

A mesma promotora recebeu várias denúncias de irregularidades em um hospital distrital do município e depois de investigações e apreensões de documentos no referido hospital constatou o seguinte: o hospital era controlado por um deputado estadual que já havia sido diretor do hospital e posteriormente vereador, mas continuava operando no local e outros profissionais assinavam suas cirurgias; volume excessivo de cesarianas, em um hospital secundário representava 30% dos partos; quantidade de cirurgias incompatíveis com a capacidade do hospital; grande volume de laqueaduras e vasectomias sem os respectivos protocolos. Depois de concluído o inquérito civil, foram indiciados oito funcionários – diretores e chefes – por atos de improbidade administrativa, foi pedido o afastamento

imediatos dos indiciados, e os processos foram encaminhados à justiça (Jornal O Povo, 18/9/2003).

Em maio de 2004, a promotora de Defesa da Saúde Pública denuncia o mesmo secretário que se comprometeu em solucionar as irregularidades, mais dois secretários anteriores e o coordenador do Fundo Municipal de Saúde por improbidade administrativa em ação civil pública. Esta ação foi gerada por inquérito civil instaurado pela promotora em 2002 para apurar possíveis irregularidades na gestão da saúde no município. Além de denúncias e constatações *in loco* das irregularidades, a promotora tomou também como base dos fatos um relatório feito pela auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) que constatou utilização indevida de recursos do SUS, problemas no atendimento dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e de controle e fiscalização de medicamentos, falta de prestação de contas periódicas ao CMS e não cumprimento de deliberações do Conselho pelo gestor municipal (Diário do Nordeste, 20/5/2004). Cabe registrar que durante os oito anos de administração, a pasta da saúde foi ocupada por sete secretários municipais.

O esforço empreendido para organizar o setor saúde na direção dos princípios do SUS no município começou a ser desmontado em 1997, com a reforma administrativa que extinguiu a SMS, criou a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) e dividiu a cidade em seis secretarias executivas regionais (SERs) com autonomia administrativa e financeira. Desta forma passaram a existir dois comandos: o do secretário da SMDS e os das secretarias regionais, pois em cada uma destas havia um secretário regional com amplos poderes. Também houve de forma mais explícita o controle de cada regional por um político, o que interferia na condução da política de saúde. Os nove distritos sanitários existentes foram reagrupados em seis correspondendo à territorialização das SERs. Uma técnica

funcionária pública municipal que participou da organização dos distritos sanitários e continua na Secretaria de Saúde faz algumas observações sobre este processo:

[...] dava assim um caráter técnico e de envolvimento com a reforma [...] está todo mundo aqui vendo o negócio desmanchando e mudando de tônica [...] criou a figura do secretário executivo regional a quem a gente acatava e a quem coube executar tudo, aí ficou a confusão [...] criou um duplo comando, a secretaria planejava, mas o secretário executivo fazia... né, o que achava que devia [...] e sem contar que o secretário executivo regional começava também a fazer política, porque nós, quando éramos distrito, ninguém fazia. [...] distribuir em cada regional um político pelego e fazer a base política dele todinha [...] e ele tinha o respaldo do prefeito [...] Então ou a gente trabalhava e apoiava ou saía, [...] a gente vem nessa luta desde o início, temos o território, temos a teoria, gostamos desse trabalho. Então a gente tem que ficar, porque se a gente sair vai ser muito pior, vai vir uma pessoa que não sabe, que não entende, que vai fazer exclusivamente política e aí nós realmente ficamos. Aí no primeiro ano trabalhou quem quis [na campanha política], mas no segundo ano que foi pra federal [...] ele já era o dono das regionais com os representantes. [...] Era tudo muito dinâmico [no início da distritalização], muito participativo, a gente se interessava mais... Hoje é tudo muito distante e eu acho que a gente já esqueceu grande parte daquilo que na época a gente se envolveu tanto que depois esvaziou. [...] não tem sentido nenhum, tem todas as dificuldades e não tem mais entusiasmo [...] (Pro. S. K).

Em Fortaleza, o desenvolvimento da política de saúde contém muitos problemas comuns a vários municípios brasileiros, mas apresenta particularidades agravadas pela cultura política local e pela interferência partidária nos serviços públicos de saúde. É neste cenário que os conselheiros se movem ao participar da luta para garantir o direito à saúde da população. A seguir exporei o entendimento dos conselheiros entrevistados sobre democracia, participação e política e a partir destes elementos inferirei sobre alguns aspectos da cultura política local.

4.4 A democracia e algumas facetas da cultura política no Brasil contemporâneo na visão dos conselheiros

A democratização vem se apresentando não somente como um processo que tem produzido mudanças significativas na sociedade brasileira, mas também como fator gerador de outras mudanças. Ao se referirem às mudanças ocorridas na sociedade nos últimos vinte anos, a maioria dos entrevistados destaca claramente a conquista da democracia, ou faz referência a algum outro processo que está diretamente ligado à democratização, como a conquista de direitos e a participação.

Segundo observa Chauí (1993, p.52), a luta contra a ditadura militar, e pela democratização mobilizou diferentes segmentos sociais, mas o significado desta luta não era igual para as todas as classes sociais. Os empresários, por exemplo, lutavam pela liberalização do regime, porém a prioridade era [...] “reduzir o grau de interferência do Estado na economia”.

Já as bandeiras da classe média estavam mais voltadas para a anistia aos presos e exilados políticos, pois nesse aspecto ela foi duramente atingida pelo regime; liberdade de imprensa e democratização dos serviços públicos em geral. As reivindicações dos trabalhadores concentravam-se no campo sindical, liberdade e autonomia sindical, direito de greve, criação de uma central única de trabalhadores, melhoria e unificação do salário mínimo, entre outras. Havia também o movimento das minorias sexuais, negros, mulheres que

[...] vieram cerrar fileiras com três outros grandes movimentos que foram capazes de congregiar todas as classes sociais e tendências políticas de oposição: a luta pelos direitos humanos [...], a luta contra a Lei de Segurança Nacional, e a Lei dos Estrangeiros, e a reivindicação de uma Assembléia Nacional Constituinte livre e soberana, eleita por sufrágio universal (CHAUÍ, 1993, p. 53).

Os vários significados atribuídos pelos conselheiros aos temas propostos pela pesquisa são tecidos a partir das experiências vividas pelos sujeitos dentro de contextos determinados. Por isso, a liberdade de expressão se constituiu no sentido mais presente na maioria dos depoimentos quando indaguei sobre o entendimento de democracia; outro ponto muito citado e intimamente ligado é a liberdade de imprensa, como podemos ver nesse depoimento:

Democracia é o direito de ambas as partes, a pessoa ter o direito de falar o que tem vontade, mas também ter cuidado de não agredir os outros, tanto da parte do político como da população. E a democracia de ir e vir, e o direito de falar em público, a imprensa, ter o direito também à liberdade de imprensa. Antigamente, ninguém podia nem sonhar de falar o que a gente pensava, tinha que realmente ficar calado (Usu. A).

No depoimento a seguir o entrevistado salienta algumas importantes conquistas da democratização: liberdade de expressão, noção dos próprios direitos, mas destaca que essa democracia não é plena e aponta como principais fatores a discriminação e a desigualdade social. Essa concepção também é partilhada por muitos autores, entre eles Baquero (1994), Moisés (1995) e Rennó Jr. (1999), segundo os quais a persistência de grande desigualdade social coloca-se como um dos impasses para a consolidação da democracia no Brasil.

A democracia, a liberdade que a gente tá tendo de fazer isso, porque no período militar, eu lembro, pouco se falava sobre política [...] a sociedade começou a ter noção dos seus direitos, [...] a liberdade de expressão, o conhecimento, a transparência, nesses vinte anos foi fundamental pra todo mundo. Porque antes a gente lutava contra a repressão política, a ditadura. Hoje é a repressão social, a exclusão social [...] E eu acho que o Brasil é um país mais ou menos democrático, que a liberdade não existe dessa forma democrática, plena [...] a discriminação ainda é muito grande. Numa sociedade onde tem uma desigualdade social tão grande, não é democrático o sistema, o governo. A legislação é democrática, a Constituição é democrática, mas a sociedade não é, e o governo faz parte da sociedade (Usu. G).

Este mesmo argumento baseado na observação das condições de vida da maioria da população, fruto da sua vivência comunitária, é utilizado por uma entrevistada para afirmar que a democracia não existe. Tanto o depoimento anterior quanto o seguinte apresentam uma visão a partir da classe social, mas no final, de acordo com a entrevistada, existe uma democracia entre aspas e corroborando o significado mais presente de democracia como liberdade de expressão:

[...] os pais não têm como criar os filhos, não têm como educar os filhos, num tem coisa nenhuma, todo mundo desempregado, aí vem a dificuldade de vida, ninguém tem uma vida saudável, ninguém, a não ser que seja rico. Mas até a classe média hoje tá sofrendo [...]. Agora o rico, tudo bem, porque são poucos, pobre é a maioria. E essa palavra de democracia, pra mim se torna vulgar porque não funciona [...] não existe essa democracia, pra mim não. [...] certo que é uma democracia entre aspas que existe, né, eu passei a ter direito de falar, que ninguém tinha, a gente era tudo ali, escondido e não podia dizer nada. Hoje, não, você abre a boca, diz o que você quer, o que tem vontade, escancara, tudo bem, mas eu ainda acho assim, na palavra geral eu não acho que ela exista. É uma fantasia, vamos dizer assim (Usu. F).

Outro elemento também bastante citado por vários entrevistados ao se referir às mudanças ocorridas na sociedade brasileira é o fato de a população ter passado a ter consciência dos seus direitos: “[...] agora a população tá tomando consciência dos seus direitos, tá reivindicando mais, tá buscando mais o que realmente ela tem direito” (Usu. A). Mas quando indaguei aos conselheiros que convivem cotidianamente com a população mais pobre que mora na favela se o povo conhece seus direitos, eles respondem: “Muito poucos, a mínima parte, e vai atrás” (Usu. J); “o cidadão mesmo em si ainda não sabe dos seus direitos, e ele tem que saber dos seus direitos e também dos deveres [...]” (Usu. E). Na minha pesquisa de mestrado, também conforme constatei entre os pobres da favela investigada, apenas uma minoria tinha a noção de direito, e a maioria percebia alguns direitos a que tinha acesso como favores dos políticos (OLIVEIRA, 1996).

As afirmações dos dois últimos entrevistados são confirmadas pela pesquisa de Carvalho (2002b) sobre cultura política realizada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Segundo o autor, 56,7% dos entrevistados não conseguem citar nenhum dos seus direitos. Apesar de ter aumentado essa consciência dos direitos ainda é uma noção minoritária entre os cidadãos, produto da história de como os direitos chegaram para a maioria da população como concessão, ou outorga dos governantes, ou como favores clientelísticos, uma marca da nossa cultura política.

Nas sociedades do centro do capitalismo, a conquista da democracia ocorre com a garantia efetiva de direitos, inicialmente civis, em seguida, políticos, e no século XX, os direitos sociais (RIBEIRO, 2002). A efetivação desses direitos tem sido levantada por alguns autores como pré-condição ou condições mínimas para a consolidação da democracia. Nesse sentido, os direitos sociais têm sido reivindicados pelos movimentos sociais e encontram-se presentes na fala dos entrevistados.

Além da formalização de direitos civis, políticos e sociais, o Estado democrático de direito significa um Estado onde exista a soberania da lei e que todos os indivíduos estejam igualmente submetidos a ela, ou seja, a efetividade do princípio da lei (O'DONNELL, 1998). Alguns entrevistados destacam o não cumprimento da lei e a parcialidade do poder judiciário, que por definição constitucional tem o papel de fazer cumprir a lei, como uma das fragilidades da democracia brasileira, como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

[...] democracia o quê que falta, cumprir a lei. [...] o próprio judiciário, eles mesmo não querem fazer a lei, esse país não tem lei. Você prende um cabra hoje e com dois dias ele tá solto. Eles nem querem, nunca quiseram votar o projeto do judiciário [controle público] não querem, porque não querem perder poderes. Então eles fazem a lei do jeito que eles querem. Hoje, o país não é mais democrático por causa disso. [...] aliás a pior coisa que tem nesse país chama-se justiça. [...] só os corruptos, as pessoas desonestas que se beneficiam. [...] o grupo maior da alta sociedade. [...] é perigoso a gente dizer isso, mas é porque o judiciário é vendável. Porque se vende. [...] o poder

aquisitivo, quanto mais o poder aquisitivo, melhor se sai nessa impunidade aí (Usu. B).

Você vê esses promotores novos, que tão fazendo aí, tão botando gente na ca..., embora não vá preso, porque a justiça, não sei como é... porque a gente vê juiz roubando, a gente fica mei cismado da justiça, é morosa demais, mas tem justiça, mas o justiceiro não cumpre, eu acho que o câncer pior que nós tem em nosso país é a justiça, no dia que a justiça melhorar, fizer justiça, o nosso país melhora (Usu. J).

Todavia, outro entrevistado tem uma visão diferente, apesar de reconhecer várias dificuldades no judiciário, entre elas o acesso para as pessoas mais pobres. No seu depoimento, ele resgata a necessidade de se buscar justiça, como uma forma de pressioná-la para que funcione e como respeito à democracia, pois legitima sua instituição. Sua visão também é diferente da maioria dos informantes da pesquisa desenvolvida por Rennó Jr. (1999) em Brasília: para o cidadão em situação de conflito, o último recurso é procurar os meios legais. Também nessas circunstâncias, o conselheiro enfatiza a necessidade de se procurar as instituições responsáveis para solucionar os conflitos:

Acho que devemos confiar na justiça, tá aí o judiciário. Se nós não o acreditarmos nos nossos poderes constituídos, a gente tá...E eu acredito, sou um... sei de algumas coisas que ocorrem, mas eu acredito nos nossos poderes constituídos pra isso. [...] o acesso, eu acho que pra quem tem condições tem um acesso melhor do que os que não têm, [...] agora quando eu digo que acredito nos poderes constituídos, que acho que é até a questão de respeitar a democracia do nosso país. [...] se eu ou uma pessoa tiver um problema de agressão e de coisa, o pessoal diz “vai lá e agrida”. E eu não, digo: procure uma delegacia, que eu acho que aí é o caminho pra um cidadão procurar buscar e fazer com que essas pessoas façam o seu papel [...] se nós, todos os brasileiros, principalmente os mais pobres [...] fosse atrás dessa coisa, eu acho que a gente mudava um pouco essa questão do acesso, porque é difícil o acesso (Usu. E).

Já outro conselheiro, ao falar das mudanças, complementa o depoimento anterior com mais otimismo, resgatando fatos que demonstram que as mudanças realmente estão

ocorrendo, destacando também a liberdade de imprensa. O entrevistado fica apenas com a informação divulgada pela mídia sobre a prisão dos envolvidos em crimes, mas não consegue acompanhar o resultado final do processo, para saber se os criminosos foram punidos. É importante observar como ele faz o movimento de perceber que fatos no contexto geral podem trazer benefícios no nível micro, no seu bairro. Quando perguntado sobre a democracia, ele enfatiza a participação e a liberdade de expressão. Entretanto, ao falar sobre o que não funciona na democracia brasileira, lembra fatos do cotidiano dos serviços públicos, como o medo, o autoritarismo, o patrimonialismo e os maus tratos aos usuários, ainda muito frequentes. Ou seja, a democracia como uma forma de relação social presente nas instituições públicas ainda está distante:

Eu tou vendo melhoras, meus netos e meus bisnetos vão ter vidas melhores, porque hoje quando eu vejo essa liberdade de imprensa. Hoje quando eu vejo um deputado ir pra cadeia, juiz ir pra cadeia, isso me traz uma esperança de dias melhores no nosso bairro. Quando eu vejo a polícia federal trabalhando e colocando aqueles colarinhos brancos na cadeia [...] uma esperança em dias melhores [...] A democracia pra mim é uma riqueza, uma abertura de participação, uma liberdade de expressão, de trabalho, de se locomover, de questionamento, eu entendo a democracia como uma das ciências das mais importantes, que é a liberdade. [...] eu vejo dentro do serviço público, muitos funcionários que querem ser dono do serviço público, o pessoal tem um medo. E muitos que são incompetentes [...] eles usam de uma autoridade [...] Eu já tive problemas assim dentro do serviço público por questão de maus tratos. Quando eu vejo alguém do serviço público maltratar algum usuário, aí eu me revolto, já fiz denuncia na auditoria, já fiz denúncia no secretário, já levei denúncia à imprensa [...] Existe demais, muito isso, a questão de autoritarismo, “eu não estou como chefe, eu sou o chefe”. Tem que acabar com isso. E pior, quem levantar essa bandeira, perde emprego, o pessoal com medo, tem medo de perder o emprego, tem medo de ser perseguido, agüenta tudo calado. Infelizmente acontece isso (Usu. I).

Depois da liberdade de expressão, o sentido de democracia mais constante na maioria dos depoimentos é o da participação. Participação nos movimentos sociais, nos conselhos,

mas a escolha dos representantes no processo eleitoral é pouco citada. O entrevistado a seguir apresenta uma idéia central para os teóricos da democracia participativa (ROUSSEAU, 1983; PATEMAN, 1992), ou seja, o princípio da soberania popular, o povo participar das decisões sobre seu destino. Essa visão é ainda minoritária entre os entrevistados, sendo encontrada entre os conselheiros filiados a partidos de esquerda. No entanto, ele reconhece que nossa democracia é incipiente nisso e atribui como uma das causas a nossa herança autoritária, que se reproduz nas organizações da sociedade civil. Isto nos remete às reflexões de Chauí (1993) quando fala que a sociedade civil é o espelho do Estado e vice-versa. O conselheiro também apresenta algumas dimensões da cultura política já condicionando a participação, no caso, características do patrimonialismo, reproduzindo-se no interior das organizações populares e do próprio CMS como sentir-se dono da organização, sua utilização em benefício próprio e o autoritarismo:

Democracia como dizem é o governo do povo. [...] seria uma real condição da população realmente tá participando do seu destino. Então toda e qualquer forma de participação ela reflete exatamente nessa questão da democracia, mas ela ainda é muito incipiente [...]. O poder tá nas mãos de alguns. Então quem tem o poder não quer perder esse poder que tem, os grandes poderosos aí, os grandes latifundiários, eles fazem de tudo pra que se mantenha esse poder na mão deles. [...] o uso de recursos financeiros, uso de meios de comunicação, etc., pra que em época de eleição eles possam sempre continuar mantendo o poder na mão deles. Então nesse sentido a democracia ainda tem muita coisa pra caminhar, [...] Por conta dessas várias intervenções autoritárias, a gente não tem muita experiência e tem muita dificuldade de se envolver, de participar, de entender a democracia, a gente tem assim um certo ranço autoritário que a gente não consegue se livrar disso. Constantemente, é nas entidades de organização da comunidade, é nos conselhos de saúde. [...] a pessoa que participa do conselho de repente se acha dono, proprietário, usa em benefício próprio e isso é um problema muito complicado [...] (Usu. D).

O próximo depoimento continuará expondo outros sentidos de democracia ao salientar alguns de seus procedimentos, como o direito de escolher seus representantes, a regra da

maioria, a ser respeitada mesmo que não se concorde com a decisão. Esse entendimento enfatiza a democracia como procedimento. Mas a conselheira não perde de vista a compreensão de uma democracia social, quando destaca as fragilidades da democracia brasileira, a exemplo da não efetividade de direitos fundamentais como educação, saúde, os quais contribuem para o que ela chama de o povo não ser consciente.

[...] é o fato de a gente poder escolher o nosso presidente, os nossos políticos [...] nos movimentos populares a democracia ela é muito forte, ou pretende ser muito forte, as próprias conferências, [...] democraticamente sair aquelas deliberações [...] mesmo que eu não concorde com tudo que está dito ali [...] eu tenho que respeitar, porque, democraticamente, foi a grande maioria que escolheu. Então democracia pra mim é o respeito à decisão da maioria [...] a democracia tem os pros e tem os contras, né, nem sempre a democracia traz benefícios. Como no caso do Brasil a gente vê por exemplo: quantos políticos que foram eleitos [...] que não têm uma postura ética e moral pra estar representando o povo em qualquer local que seja [...] Então a democracia é o direito do povo decidir. [...] se o povo não é consciente disso, a democracia fica um pouco capenga. [...] a democracia tem que ser exercitada, foi um avanço do Brasil a gente poder escolher nossos representantes de forma direta [...] Quando a gente começar a melhorar a educação, quando a gente começar a melhorar a saúde, o povo começar a se conscientizar melhor disso, que eu acho que não é uma coisa fácil, eu acho que não é uma coisa rápida de ser feita, vai demorar muito ainda pra gente chegar nesse nível de democracia [...] (Pro. S. N).

Outro conselheiro, ao discorrer sobre seu entendimento de democracia, reafirma o sentido de liberdade de expressão e aponta outros elementos da nossa cultura política que complementam os dois depoimentos anteriores, resgatando o período da ditadura militar, quando o estado foi governado por coronéis militares, fazendo analogias com a realidade atual. Apesar de reconhecer as mudanças com a democratização, o que sobressai, na sua visão, são as continuidades sobre nova roupagem, a dominação do poder econômico e o discurso democrático associado ao neoliberalismo. Esses elementos confirmam a tese de

Avritzer (1995) quando observa que os atores políticos não incorporaram os valores democráticos e o conflito entre renovação e continuidade nas práticas cotidianas.

[...] se dizia que os militares era ditadura em termos de fala, porque realmente a gente não podia abrir a boca [...] muita gente pagou caro por isso. E hoje você tem condição de abrir a boca e dizer o que pensa, o que quer, mas muitas vezes são coisas só pra jogar pra platéia [...] Hoje acontece que os coronéis, como o senador Tasso Jereissati, que é um grande coronel e amordaçou aqui muita gente e deitou e rolou e batizou [...] não é mais governador, mas é quem manda no governo [...]. Então, quer dizer, a ditadura não só existiu na época dos coronéis de fita [...] por conta do poderio financeiro se tornam um coronel sem fita, muitas vezes pior do que os coronéis de fita. [...] e que hoje se vê um cidadão como o Fernando Henrique fazendo críticas, quando ele acabou com esse país, pegou todo o patrimônio do nosso país e botou nas mãos do capital estrangeiro, [...] por conta da decisão desses senhores que se dizem lutar pela democracia. [...] Então o coronelismo continua existindo no nosso país, só que de uma maneira diferente, através do poder econômico. Certo, eu tenho dinheiro, eu mando, eu deito, eu rolo, até na questão da justiça, [...] aonde a gente vê que a justiça não foi justiça, foi injustiça, por conta de que a coisa aconteceu na base da corrupção [...] (Usu. H).

Apesar de o conselheiro mencionar o coronelismo ao fazer referência aos coronéis da ditadura militar que dominaram o estado naquele período, alguns dos aspectos levantados guardam semelhança com o antigo fenômeno estudado por Leal (1978), como o poder de mando e a dominação do chefe político, que continua dominando, mesmo sem estar no cargo. E um outro aspecto, que este poder não vem do povo, mas um poder exterior ao sistema político, no caso, o poder econômico.

Ainda em relação à opinião dos conselheiros sobre as mudanças ocorridas nas últimas décadas, os depoimentos a seguir apresentam as conquistas da sociedade civil, a exemplo do Sistema Único de Saúde, enfatizando a questão da participação no SUS e o significado da construção democrática como um processo. Entretanto, o segundo depoimento destaca os condicionamentos da cultura política, identificando o autoritarismo, a ditadura militar e as

limitações impostas à participação. Essa sua argumentação é construída na sua vivência na periferia da cidade, onde ele encontra muita dificuldade de mobilizar os moradores do bairro para a participação:

[...] a criação do Sistema Único de Saúde, eu acho que foi um avanço, apesar de não funcionar, se você pegar os princípios do SUS, na verdade não funciona. Eu acho que a participação da população nos espaços de controle social, foi um grande avanço. [...] nas últimas conferências pra cá, a grande participação dos usuários, parece que as pessoas estão assim mais conscientes de que podem estar lutando pelo que querem, de que podem estar interferindo, de que podem estar falando, eu vejo que o povo hoje denuncia mais, fala mais [...] é uma coisa nova os conselhos municipais, locais e regionais que já é uma conquista da população pra estar reivindicando, pra estar construindo essas políticas públicas, [...] e o PT que tá na presidência [...] (Pro. S. O).

[...] depois da Constituição de 88, com novas leis e direitos da população, não pode deixar de reconhecer que em algumas coisas, como por exemplo na área do direito do consumidor, algumas coisas interessantes, a criação dos PROCONS, DECONS, na área da saúde com o SUS, da questão da participação da comunidade no SUS. Tem realmente alguns avanços, agora realmente é um processo. Por exemplo: essa história da participação da comunidade no SUS, a população mesmo, não entende bem essa história, o valor [...]. Que é importante participar, participar do conselho de saúde, que é importante discutir as políticas de saúde que estão sendo aplicadas, que é importante fiscalizar os recursos. Assim, é uma questão de mentalidade que tá assim na cabeça da gente, principalmente por causa desses anos todo de ditadura militar, de autoritarismo, de exclusão mesmo das decisões políticas [...] (US. D).

Como já me referi, o significado central de democracia constante da fala da maioria dos entrevistados é a liberdade de expressão. Este sentido adquire um *status* de valor diferente da ênfase atribuída por teóricos como Bobbio (2000) a uma definição mínima de democracia voltada para os procedimentos de organização da competição política. Somente uma minoria dos entrevistados faz referência à escolha de representantes, ao direito de votar e ao respeito à regra da maioria, que são alguns dos procedimentos considerados importantes para uma definição mínima de democracia. O conjunto das entrevistas permite-me inferir que a

experiência da ditadura militar, para os entrevistados – a maioria tem mais de 40 anos e, portanto, traz viva na memória a ditadura militar – estava mais presente no fato de não poderem falar, se expressar.

Apenas dois entrevistados enfatizam a democracia como participação nas decisões. Para a maioria, essa referência quase não aparece. Isso também pode ser compreendido pela pouca tradição de participação da sociedade brasileira, cujo exercício tem sido permitido pela conquista da democracia. A criação de novos espaços e as experiências de participação tem suscitado reflexões a cerca dos seus significados que serão analisados a seguir.

4.5 Os significados da participação: entre os interesses particulares e os interesses coletivos

Ao falar de democracia, muitos conselheiros mencionam como mudanças nos últimos anos o aumento da participação. Todavia, as idéias sobre participação da maioria dos entrevistados não são muito animadoras. Eles são unânimes em afirmar a necessidade de mais participação, mas apontam muitos obstáculos para que isso se concretize.

O depoimento seguinte apresenta uma forma de participação, a crítica, e destaca a pouca participação na ação. Ele também mostra um problema voltado para um tipo de liderança comunitária que é ou se transforma em cabo eleitoral para manipular as organizações populares conforme o interesse do político ao qual está vinculado. Uma das estratégias dos poderes dominantes é cooptarem as organizações populares, dificultando assim sua autonomia, e o crescimento do trabalho político de informação e esclarecimento da população. Esse tipo de liderança passa a ser o intermediário entre a população e muitos serviços públicos que são direitos, mas repassados como um favor de forma clientelística.

Tais práticas contribuem para reforçar a cultura política tradicional e dificultam a construção da noção de direito.

[...] o povo tá participando mais do que antes [...] mas tem que participar mais. A participação do povo está mais em criticar, em reclamar, e a gente tá falando muito. Agora a participação da ação, nós tomar para nós a tarefa de agirmos e fazermos alguma coisa concreta, isso aí ainda é muito carente, o povo tá muito mais disposto a reclamar. [...] mas quando você chega num bairro, numa associação, num sindicato pra se fazer um trabalho de dividir as tarefas, cada um exercer uma função, não tem ninguém, vai meia dúzia [...] eles despertaram mais a consciência, eles sabem o que querem [...] se você olhar uma entidade de classe, por exemplo, de subúrbio, de periferia, é um movimento legítimo, ou deveria ser legítimo, mas quem é que funda as entidades de classe na nossa periferia, é o vereador, é o deputado ou os cabos eleitorais dos deputados e ali as coisas funcionam segundo os interesses do político que trabalhou pela fundação daquela entidade. [...] ela vive dirigida por pseudolíderes, [...] eles estão trabalhando ali visando o interesse próprio, a maioria é assim, e por isso ela perde a sua força e o seu valor, porque o valor da sua luta vai canalizado para o próprio partido político que trabalhou pra ela se formar (Usu. L).

O depoimento a seguir fala da participação eleitoral que ele chama de democracia indireta e fala da participação direta nas organizações da sociedade civil, a participação que constrói cidadania e cria condições para influenciar nas decisões políticas. Esse entendimento de participação é minoritário entre os conselheiros entrevistados. Entretanto, ele destaca as dificuldades de concretização dessa forma de participação, entre estas, as estratégias, não mais individuais de algum político, como citado no depoimento anterior, mas a ação dos governos municipais e estaduais para cooptar as lideranças comunitárias e manipular a participação popular:

A participação no processo eleitoral, a democracia chamada indireta, existem outras que são essas entidades e organizações que fazem que você possa criar meios até mais diretos de a população estar vivendo seu dia-a-dia, construindo a sua cidadania, por exemplo: os sindicatos, as associações de moradores, os conselhos de saúde [...]. Essas formas de participação são os meios que de maneira mais direta a população tá

tendo condições de influir nas decisões que são tomadas a nível mais elevado, como a prefeitura, o governo do estado, ainda assim é uma forma que tem muitas debilidades. [...] as associações de moradores, hoje, elas estão muito na mão de..., não poderia ser diferente, considerando que nós estamos saindo de uma gestão da prefeitura que priorizou isso. Tão na mão de certos cabos eleitorais [...] tá ligado ao político x, político y, geralmente ligado ao poder municipal. Então, complicou muito, foi incentivado também pelos gestores a nível de estado, aconteceu muito isso no governo Tasso, maneira de cooptar as lideranças. É tanto que [...] as lideranças não são lideranças, a liderança que diz assim, a minha comunidade, o meu povo, é a falsa liderança, mas tá cheio dessas falsas lideranças por aqui, infelizmente (Usu. D).

No período de 1987 a 1990, o governador Tasso Jereissati, introdutor dos processos de modernização na política e na administração pública no Ceará criou o “agente de mudança”, ou seja, lideranças comunitárias selecionadas, treinadas e remuneradas com o papel de intermediar a relação entre os órgãos governamentais e as comunidades (BARREIRA, 1991; ESMERALDO; SAID, 2002). A estratégia contribuiu para a descaracterização e despolitização das organizações populares e o surgimento dessas falsas lideranças. O governador elegeu seu sucessor, Ciro Gomes e depois retornou ao poder em 1995, permanecendo até 2002 e novamente conseguiu eleger seu sucessor, numa disputa bastante acirrada com o candidato do PT, no segundo turno das eleições. Apesar do discurso governamental do compromisso com a participação, não reconhecia os movimentos autônomos de contestação, mas apenas aquelas formas controladas por seus agentes. Utilizava as estratégias de cooptação das lideranças comunitárias, o autoritarismo e a repressão policial na tentativa de conter os movimentos populares.

Os “Governos das Mudanças” não reconhecem as manifestações populares como instâncias legítimas e representativas dos movimentos sociais organizados e reagem às suas reivindicações, utilizando a polícia para reprimir e dispersar as manifestações (ESMERALDO; SAID, 2002, p.236).

No plano municipal, os prefeitos do PMDB, no período 1990-2004, adotaram a estratégia de viabilizar projetos comunitários e encaminhamento de reivindicações via vereadores, promoveram o loteamento de cargos e serviços entre seus correligionários e criaram duas portas de entrada para atendimento nos serviços públicos – a fila comum e o atendimento preferencial encaminhado pelo político que comanda determinado serviço. Desse modo, reforçaram mais uma vez o clientelismo e o favor como mediação das relações políticas.

Desde o advento da Nova República, a estratégia de ação governamental de apelo à participação voltada para setores populares organizados já vinha sendo largamente empreendida por meio dos projetos da Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC). A SEAC buscava a colaboração dos movimentos e organizações populares na negociação e gestão de projetos comunitários. Conforme destaca Barreira (1991), tal estratégia, além de contribuir para a despolitização, favoreceu a corrupção e o descrédito das associações comunitárias.

Esse outro entrevistado fala do esquema de cooptação das lideranças comunitárias com riqueza maior de detalhes e de como o jogo político e a questão da sobrevivência não deixa muita alternativa para quem se recusa ficar na mão do político, porque a entidade que permanecer fora do jogo não receberá benefícios. Outro destaque na fala desse entrevistado é a predominância do interesse particular sobre o interesse coletivo nas motivações para a participação, aspecto levantado também pela maioria dos conselheiros. Segundo alguns, isto tem constituído um empecilho para o surgimento de novas lideranças comprometidas com os interesses da coletividade.

[...] se vê muito o interesse particular, o coletivo tá ficando sempre em segundo plano
[...] Houve uma mudança muito grande na questão da participação [...] questão da sobrevivência do cidadão. Segundo os governos, tanto estadual, como federal, como municipal, foram dirigindo a questão dos projetos daquilo que se tem como benefício

em comum pra que o cidadão, ou melhor dizendo, as entidades venha m comer ali na mão dos governantes, quer dizer, ou você fica do meu lado ou você não consegue nada. [...] a gente foi atrás de alguns projetos na prefeitura. [...] “Você é de qual vereador? Porque só dá se for atrelado a um vereador [...] eu não vou buscar nenhum benefício pra essa entidade pra que a gente fique amarrado, atrelado a um desses políticos [...] e daí surgem também as corrupções em termos comunitários, porque a pessoa fica presa ali por conta daquele projeto [...] depois daqui a pouco o dinheiro tá envolvido no meio e aí o líder perde a sua identidade, perde o norte, o rumo daquilo que ele pretendia atingir porque fica à mercê daquilo [...] Então tem que se acabar com essa forma de participação e pra que isso aconteça seria preciso que as entida des comunitárias tivesse muito irmanadas, tivesse pessoas de caráter realmente, tivesse pessoas de idoneidade moral ilibada pra que pudessem dizer: Nós vamos conseguir, isso é uma luta, mas nós vamos conseguir [...] E é uma coisa que hoje tem acabado com muitas entidades [...] (Usu. H).

Outro aspecto importante do depoimento anterior é mostrar a contaminação da cultura política tradicional nos espaços comunitários e o reconhecimento da necessidade de uma transformação moral baseada em valores como a solidiedade e a virtude, interpretados a partir das expressões irmanadas para lutar contra esse estado de coisas, e pessoas de caráter, com uma moral ilibada, representando de forma clara a disputa entre uma cultura tradicional e a cultura democrática.

Como salienta Avritzer (1995), os atores sociais não incorporaram os valores democráticos e continuam reproduzindo os valores da cultura política tradicional, nas relações institucionais no interior da sociedade política. No exemplo citado pelo entrevistado, quando as lideranças comunitárias tentam encaminhar um projeto junto à prefeitura, são interrogadas quanto às alianças com os políticos vinculados ao prefeito. Contudo, essas posturas não se reproduzem apenas na sociedade política, pois algumas dessas lideranças acabam sendo porta-vozes desses valores tradicionais, na sociedade civil, dificultando o avanço de uma nova cultura democrática.

A interferência dos políticos nas organizações populares são dificuldades extras no processo de participação da população ressaltadas por vários conselheiros entrevistados. Entretanto, sem explicitar essa relação, o depoimento seguinte apresenta outra faceta dessa dinâmica, ao destacar com outros detalhes aspectos da nossa cultura política, a relação das lideranças com o poder. O que o entrevistado chama de profundo respeito pelo poder pode ser interpretado como reverência ao poder, enfatizando ainda a existência de todos esses problemas entre os conselheiros.

Na observação e contatos informais encontrei pelo menos um conselheiro no exercício da função de cabo eleitoral e essa reverência feita por alguns àqueles em posições de poder quando adentravam no plenário do Conselho. O mecanismo da representação que caracteriza a função de conselheiro favorece essa mistificação do poder, porque o conselheiro acaba sendo aquele que está mais perto do poder, o intermediário entre os usuários e os gestores. E não há uma permanente interlocução entre os representantes e os representados, que muitas vezes não sabem ou não reconhecem os conselheiros como seus representantes.

Eu vejo os espaços de participação sendo criados, sendo ampliados [...] os conselhos que a gente já citou são alguns dos espaços. Mas vejo ainda um profundo respeito ao poder constituído. Nós todos brasileiros [...] a ampla maioria, a ter um profundo respeito com aqueles que nós julgamos poderosos e essa tradição se repete. [...] nós temos pouca tradição de partilhar com o poder, nós temos muito medo de ter intimidade, não é promiscuidade, mas de ter intimidade com as coisas do poder, e atrai como moscas. [...] muitas vezes participam não pra desmistificar a história do poder, mas também pra se empoderar. O representante, o líder comunitário, ele não quer desmistificar e diminuir os degraus do poder [...] querem é se empoderar, servir de intermediador entre os poderosos e os não poderosos, ele quer ser o poderosinho [...]. Isso representa boa parte das lideranças comunitárias. [...] existe um componente ético vazando pelo ladrão nesses movimentos. [...] no campo da saúde, são de dar dó, são falsas lideranças, representam a si mesmos [...] onde essas pessoas que têm acento aqui no Conselho dizendo que faz movimento popular, você pergunta nas ruas se as pessoas os conhecem, poucas pessoas sabem quem eles são [...] Pro. S. P).

Alguns entrevistados mencionam as condições materiais que possibilitam ou limitam a participação. Kerstenetzky (2003) em sua pesquisa analisa a relação entre apatia política e desigualdades socioeconômicas. Segundo mostra, as populações submetidas a condições precárias de subsistência se mobilizam muito pouco para participar. No depoimento a seguir esta situação é retratada e ele observa tanto o desenvolvimento econômico e sociocultural quanto a ditadura como fatores que têm dificultado a participação da maioria da população:

[...] mas ele não pode ainda exercer esse papel até porque faz parte de um desenvolvimento econômico e sociocultural do nosso povo, nós saímos de uma revolução [ditadura], nós temos carência de lideranças, nós temos pobreza que impede do cara ter que sair pra uma reunião do controle social e isso limita, ele prefere uma coisa que dê renda pra ele, que é mais estimulante (Ges. T).

O depoimento seguinte corrobora o anterior, e confirma a apatia da maioria da população, enfatizando a necessidade de ampliar as formas de participação como contestação e reivindicação. Traz, porém, outros elementos para análise, o refluxo dos movimentos sociais, em comparação com o período anterior, década de 1980, e ainda a não renovação das lideranças, pois permanecem as mesmas em vários movimentos. Este aspecto é confirmado por Ruscheinsky (1999b), quando destaca que em diferentes movimentos são os mesmos sujeitos que participam sem uma renovação das lideranças. Outro ponto enfatizado pela entrevistada é o papel das assessorias aos movimentos sociais, com destaque para a Igreja Católica progressista, a qual, segundo a entrevistada, não está mais prestando essa assessoria.

Gohn (2001c) e Avritzer (1994) ao analisarem os movimentos sociais observaram a importância da assessoria da Igreja Católica na crítica à ditadura militar e à concentração de riqueza e poder nas mãos de uma minoria. Isto favoreceu o crescimento de movimentos de contestação ao *status quo*. Todavia, como bem destaca a entrevistada, esses movimentos não se generalizaram para toda a população, e, na atualidade, estão restritos a parcelas muito pequenas desta, que acabam sendo denominadas ou se autodenominando de lideranças.

[...] a sociedade ainda é muito carente falando na questão da educação [...] e como a grande maioria são os carentes, os pobres, isso faz com que a sociedade fique um pouco... num sei se o nome seria apáticos, em questões que mereceriam um envolvimento maior, uma luta. Está com muito tempo que a gente não vê assim movimentos, tirando o Movimento dos Sem Terra, a gente quase não vê um movimento popular mesmo, o povo questionando, o povo reivindicando. Coisa que há dez anos atrás a gente via, eu me lembro que eu era estudante, tinham movimentos, a própria igreja tinha a sua bandeira que levava, e agora a gente vê que a igreja não tem mais, a igreja progressista [...] uma disparidade muito grande de renda na nossa sociedade, isso gera violência, isso gera... um povo sem educação, educação formal [...] em todos os movimentos que tem a gente vê que são sempre as mesmas pessoas que você vê participando, tem uma pessoa que ela representa isso na associação de moradores, ela representa aquilo lá no Conselho de Saúde, ela representa isso no conselho popular de bairro que está sendo formado agora. [...] são sempre as mesmas pessoas. Não tem uma política assim de mobilização de todo mundo [...] (Pro. S. N).

Ainda conforme observa a maioria dos entrevistados, uma das conquistas da democracia é a ampliação dos espaços de participação. E destacam entre os novos espaços as conferências e os conselhos. Mas seguindo na mesma direção de outros depoimentos, de acordo com uma entrevistada, reproduzem-se nesses novos espaços comportamentos tradicionais da nossa cultura política como a predominância de interesses pessoais e/ou corporativos sobre os interesses coletivos e o caráter personalista das lideranças:

[...] eu posso dizer que tem avanços na questão da participação. As conferências, municipais, estaduais, mas existe muito jogo de interesses pessoais, profissionais dentro dessas conferências. Eu participei de algumas conferências e a gente observa isso, a preocupação de ir pra Brasília e não de realmente defender os interesses da população, pra ter um espaço em Brasília, pra ter um destaque pessoal. Então as conferências foi um dos grandes recursos que foi criado pra favorecer a participação da população, mas tem isso, tem esse jogo de interesse interno nas conferências [...] nós temos os próprios conselhos que eu acho que também não deixa de ser um avanço, porque o conselho tem como finalidade principalmente fazer com que as políticas, o Sistema Único de Saúde se efetive (Pre. S. R).

Na sociedade atual, as características do individualismo e do consumismo podem contribuir para a compreensão dessas formas de participação visando interesses particulares e a pouca tradição da solidariedade entre nós. Como salienta Avritzer (1994), as formas tradicionais de solidariedade não haviam se generalizado na sociedade brasileira quando foram desmontadas e substituídas pelas organizações tuteladas pelo Estado, na década de 1930. Luz (2000) também levanta esta discussão afirmando ser a solidariedade social um fenômeno importante na formação de uma sociedade democrática. No entanto, no Brasil não se formou uma república de cidadãos associados em torno de interesses comuns ou separados por interesses divergentes, mas indivíduos isolados lutando pela sobrevivência, ligados por laços de compadrio e tutela. Fortalecendo assim uma dependência dos mais pobres em relação às elites dominantes.

Em depoimento anterior, um entrevistado chamou a participação eleitoral de participação indireta, querendo traduzir o sentido que a participação eleitoral gera, isto é, a transferência do poder do eleitor ao seu representante para decidir sobre os destinos da coletividade. Inegavelmente, o processo de democratização ampliou o sufrágio universal, foram estabelecidas eleições diretas em todos os níveis, provocando algumas mudanças políticas, mas estas não têm sido suficientes para alterar significativamente a institucionalidade política brasileira. São preservados, portanto, aspectos que têm dificultado a hegemonia de uma nova cultura política, como mostra a seção a seguir, onde o objeto de discussão é o entendimento dos conselheiros sobre a política e suas instituições.

4.6 A política: repetição e decepção

Na maior parte dos depoimentos há um ideal normativo da política que pode ser captado pelas expressões referentes ao que deveria ser o fazer da ação política. Alguns a

consideram como instância máxima de decisão sobre os destinos da sociedade e instrumento para melhorar a vida da população. Há uma aspiração a um bom governo. Os dois depoimentos a seguir ainda enfatizam a importância da participação da população na política, como meio de transformar a realidade.

A política eu entendo como sendo fundamental, na nossa vida, na sociedade, porque é a política que decide nosso destino, nós quando elegemos lá os nossos representantes, pois é ela quem conduz nosso destino. Então nós temos que participar ativamente dela, dos partidos políticos, se for o caso, eu acho que a gente deve ter algum posicionamento, alguma coisa pra dizer, pra fazer na hora que for necessário. Não dá pra você dizer, ah! Política? Eu tou fora, a política não é pra mim, os políticos são desonestos e corruptos, não é por aí. Tem exceções. Aliás, toda regra tem exceção e cada vez tá aumentando mais as exceções, até que vire regra, é aquela esperança. E eu acho que o homem como ser político, não tem como não dar sua contribuição, ter a sua participação na condução da sociedade, é fundamental isso. (Usu. D).

[...] quem comanda o país, quem tem poder aquisitivo, esse pessoal é organizado e a maioria do país que é realmente os que precisa, os trabalhadores, infelizmente ainda não há uma confiabilidade entre eles. [...] tem que mudar a sociedade em tudo, até nós, o nosso comportamento, a nossa visão de acreditar naquele que tá mais próximo da gente, que é a maioria do povo brasileiro. [...] E essa mudança eu acho que não tem que ser de cima pra baixo não, tem que ser de baixo pra cima. [...] o político é fundamental. Tudo hoje gira em torno da política, se é em relação a um benefício, um serviço que vem à comunidade, se é a geração de emprego, se é a cobrança de impostos. Tudo isso é gerado, é o segmento político que tá lá pra decidir o que vai fazer com a gente. Infelizmente muitos se elegeram pra defender a sociedade, muitos se elegeram em cima de propostas para as classes menos favorecidas. Infelizmente, muitos deles quando chegam lá esquecem essa classe e estão votando em prol da classe dominante, porque muitos políticos faz parte dessa classe, tem raras exceções [...] vê aí que município que já não tem nada e o pouco que tem, o mau político tá tirando, tá levando, tá vendendo [...] (Usu. E).

Os elementos presentes nesses depoimentos confirmam as reflexões de Lechner (2004) que afirma existir na população uma imagem familiar de política como instância

máxima de condução e proteção, principalmente para os mais pobres. Entretanto, as formas de fazer política têm causado um mal-estar na população, uma decepção com os políticos, mas isto não pode ser interpretado como rejeição à política.

Este mal-estar se manifesta ainda segundo Lechner como falta de confiança nos políticos, sentimento de abandono e incerteza e perda de identidade com os assuntos públicos, como pode ser observado em um trecho dessa entrevista: “[...] nossos representantes são os piores representantes [...] por isso eu não sou muito ligado à política [...]” (Usu. B).

Outro aspecto constante da maioria das entrevistas é a separação entre política partidária e política social, esta é boa ou caminha para melhorar; enquanto aquela é ruim e precisa ser completamente reformulada. No decorrer dos depoimentos, conforme observo, a separação é um recurso para mostrar as distinções entre elas, mas alguns percebem que elas estão intimamente ligadas e que a política social depende da política partidária. Ambas são indispensáveis e decisivas para a organização da vida coletiva. Essa clareza, porém, não opera de forma evidente na hora das escolhas eleitorais. Mesmo diante da situação da saúde no município, três conselheiros disseram na entrevista que votaram e fizeram campanha para o candidato do prefeito.

Na teoria democrática, as eleições são mecanismos de controle dos eleitores sobre os candidatos. No sistema político brasileiro, os parlamentares pouco sofrem esta pressão dos eleitores, pois a maioria da população não faz a articulação entre as atividades dos parlamentares e as políticas públicas. Essa relação fica mais restrita ao executivo. Pesquisas de opinião têm demonstrado que a maioria dos eleitores não lembra o nome do parlamentar no qual votou nas últimas eleições. Com isso o eleitor não acompanha o trabalho do político nem cobra os compromissos assumidos durante a campanha, favorecendo a sua reeleição, mesmo sem prestar um bom serviço à coletividade. Na maioria das democracias consolidadas há o

voto distrital que vincula o político àquele território, facilita sua avaliação e identificação com o eleitor.

O grupo político que há quatorze anos comandava a prefeitura de Fortaleza perdeu as eleições em 2004 para uma coligação de esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores. Entretanto, no legislativo municipal a coligação não elegeu a maioria dos vereadores, sendo construída uma maioria artificial a partir das adesões no segundo turno e após a proclamação do resultado das urnas.

O depoimento a seguir apresenta a distinção entre política partidária e política pública e a necessidade da mudança da primeira. Fala de uma das instituições mais importantes da democracia representativa: os partidos políticos. Evidencia, porém, a distância entre o discurso e a prática, a fragilidade da ideologia partidária, fala da corrupção, mas não generaliza como outros entrevistados. Esta ressalva do entrevistado à seriedade de alguns é motivada por longa experiência partidária, como ele próprio diz em outro trecho da entrevista: “[...] eu fui filiado ao partido do Ademar de Barros [...] eu digo que sou um homem de partido” (Usu. L). O entrevistado tem tido uma atuação orgânica dentro dos partidos aos quais foi filiado, primeiro antes da ditadura militar, na década de 1950, depois com a democratização, em 1986, filiou-se ao Partido Democrático Trabalhista (PDT). A experiência partidária em partidos que buscam construir uma contra-hegemonia e resistem contra a tendência a se mumificar contribui para o desenvolvimento de uma visão crítica da realidade social (GRAMSCI, 2000).

O contexto contemporâneo, com a queda do muro de Berlim, o fim da guerra fria e o avanço do neoliberalismo, têm contribuído para descaracterizar as ideologias partidárias. Os partidos indistintamente tanto os de esquerdas quanto de direita têm agido na maioria das vezes como administradores das crises do capital, abandonando a pauta de transformação da sociedade. Isso tem causado uma confusão na cabeça do eleitor que não consegue identificar

por meio dos discursos partidários, aqueles comprometidos com os interesses da maioria excluída dos bens e serviços produzidos socialmente. Todavia, aqueles eleitores que estão atentos às práticas dos políticos ainda conseguem fazer alguma distinção, mas é uma minoria como ilustra o depoimento a seguir:

A política precisa mudar muito, mas mudar muito, quase radicalmente, porque quando você fala... quer dizer a política partidária, porque a política do social tá mais ou menos, diante dessas divergências. Agora a política partidária é um conjunto de partidos que na verdade eu não daria a nenhum uma nota acima de cinco ou de quatro, porque é o fisiologismo, se fala em ideologia, se você olhar o estatuto de qualquer partido, a primeira coisa que está em pauta é a defesa do povo, qualquer partido os mais direitistas como o PFL, o PSDB, sempre defende as mesmas coisas. Agora na prática não é [...] Mas geralmente esses partidos sempre tiveram a cúpula e a cúpula ou aqueles que estão à sombra da cúpula sempre são beneficiados, embora sejam medíocres, embora não façam nada [...] com o poder se corrompe com facilidade, há uns sérios, mas há uns corruptos [...] (Usu. L).

O que os conselheiros chamam de política partidária é a competição política entre líderes pelo voto da população. Contudo, a forma como ela ocorre aqui no Brasil leva alguns entrevistados a rejeitar enfaticamente a política. No entanto, como argumenta Lechner (2004), esse mal-estar não deve ser interpretado como rejeição à política, mas aos políticos e às formas de fazer política. O entrevistado seguinte, no início da entrevista, afirma pedir voto para seus amigos candidatos dentro da unidade de saúde onde trabalha, mas nega fazer campanha. No decorrer da entrevista diz-se apolítico e destaca vários problemas da política brasileira, com destaque para o problema da corrupção. Diz, também, acreditar em mudanças, mas no final reforça sua descrença quando diz que ninguém faz nada, e reconhece uma parcela de culpa em si e na população, como ilustra o depoimento a seguir:

[...] tenho amigos candidatos, inclusive vereadores. [...] eu peço votos aqui [na unidade de saúde onde trabalha], mas eu não faço campanhas, não faço nada. [...] eu

sou meio apolítico. Então eu tenho nojo da política, não posso ser apolítico porque eu sou um cidadão e não... jamais. Eu sou apolítico assim, porque eu tenho uma vergonha de política muito grande. Eu nunca vi se roubar tanto nesse país como se rouba. Eu nunca vi, e eu acho que tudo parte lá de cima. Ora, nossos representantes são os piores representantes. Agora a culpa é da gente, é culpa da população. [...] Então é por isso que eu não sou muito ligado à política não, mas também acho que tá mudando e vai mudar, eu acredito que vai mudar. Porque continuar mais do jeito que tá, não pode. Ninguém vai preso, e ninguém faz nada [...] Se nós tivéssemos bons dirigentes, se os dirigentes realmente pensassem na população, pensassem no bem-estar da população [...] (Usu. B).

No depoimento seguinte, o entrevistado ressalta a necessidade de maior participação da sociedade civil na política e em seguida apresenta vários elementos da cultura política dominante: a corrupção que de tanto acontecer começa a ser naturalizada; destaca o jogo político para um candidato se eleger, como as promessas fora da realidade, a compra de votos, a quase generalização de que o cidadão comum troca o voto por favor e benefícios pessoais.

A ausência de um programa partidário e de propostas coerentes que sejam debatidas durante as campanhas eleitorais são fatores que contribuem para a indistinção entre os partidos e dificulta a escolha do eleitor. Mesmo constatando os problemas da política, muitos entrevistados acreditam que a política é o poder de decisão maior do país, mas os políticos não estão defendendo os interesses da nação, e sim interesses particulares, de grupos econômicos nacionais e internacionais. É preciso, porém, uma mudança, e ela tem de vir de baixo para cima, do povo, afirma:

[...] é preciso que a sociedade brasileira tenha maior participação na política, onde o coletivo seja visto como um todo. E a gente possa expurgar, exterminar a maioria dos políticos brasileiros [...] a gente vê os escândalos maior do mundo [...] vai chegando a um ponto tal que começa a se tornar rotineira e comum para a população. [...] a maioria do que vai ser dito é só mentira, coisas que não podem ser cumpridas [...] quando chega no poder é totalmente diferente. [...] na realidade se fosse pra dizer a verdade ele sabia que não seria eleito e também na compra de votos. [...] Hoje é muito

difícil um cidadão que queira chegar lá honestamente só com propostas, e que tenha um trabalho [...]. a maioria do povo brasileiro [...] se prende mais ao benefício pessoal, o que eu vou ganhar pra votar. A política nós sabemos que é o poder de decisão maior do país [...] muitas coisas da nossa vida são decididas pelos políticos [...] o Congresso Nacional [...] o centro das decisões, a maioria não está ali pra defender interesses gerais, interesses da nação. Então a maioria das decisões [...] vão de encontro a pequenos grupos, ao interesse pessoal, certo, ou ao interesse de grupos internacionais. Por isso que a gente tem ainda hoje essa política econômica que prejudica por demais ao povo [...] isso só mudará quando o povo tomar consciência [...] ele está ali me representando [...] e ele não fez como deveria ter feito, defender os nossos interesses [...] coloca fora [...] (Usu. H).

O entrevistado enfatiza também a necessidade da população tomar consciência. Tomar consciência é um processo bastante complexo e contraditório. Nele a cultura política tem uma força poderosa e se não for desmistificada dificultará as mudanças que a sociedade brasileira necessita e muitos almejam. Muitas vezes a compreensão não se traduz em ação prática coerente. E essa contradição pode ser observada no depoimento a seguir e na atitude do entrevistado em relação às eleições municipais:

[...] a sociedade tá muito... não sabe o que quer, ninguém pode confiar, porque, principalmente os eleitores de hoje em dia, tão sofrendo essas conseqüências. Tudo isso aí é porque o eleitor não sabe votar, as pessoas não olha pro que o político faz [...] (Usu. J).

Ao se manifestar desta forma em relação à política, este entrevistado apresenta uma característica de parcela significativa do eleitorado brasileiro. No decorrer da entrevista listou vários problemas na atual administração municipal: desabastecimento das unidades de saúde, falta de profissionais, desvio da merenda escolar, entre outros. E ao ser perguntado sobre seus candidatos nas últimas eleições municipais ele disse que votou no candidato do prefeito, e pediu voto para a vereadora do mesmo partido.

Outro problema do nosso processo político é a falta de partidos fortes e com tradição. A mediação das relações entre os interesses em confronto, historicamente, foi feita diretamente pela burocracia estatal (SANTOS, 1993) via organizações corporativas, sem a participação dos partidos políticos. E ainda, as contínuas reformas partidárias que ocorrem casuisticamente para favorecer a permanência no poder do grupo que está dominando têm contribuído para agravar este quadro. A maioria do eleitor brasileiro não tem tradição de votar em partido político, ou projeto político, ele vota em pessoas e ainda tem um agravante: vota em um partido para o executivo, e o voto para o legislativo fica desvinculado da proposta política do executivo. Isto dificulta a formação da maioria parlamentar que permite o executivo governar independente de acordos escusos e negociatas com cargos e recursos públicos. Essa prática é comum na política. Todavia, com a ascensão das esquerdas ao executivo, tais conflitos ficam mais explícitos e quando o executivo não entra no jogo do legislativo tem se tornado complexo governar. Estes aspectos são destacados pelo depoimento a seguir, bem como as dúvidas que ele levanta em relação à crença na conscientização da população:

[...] eu ainda não vejo como alguns companheiros que estão aí na luta vêem esse nível de conscientização do povo. [...] o povo não tem nenhuma conscientização política partidária, isso é bem visto quando o povo vota no candidato pela pessoa em si, e não em projeto [...] o povo brasileiro não vota em projetos políticos [...] nós não temos o fortalecimento dos partidos. Os candidatos, eles entram nos partidos porque a regra é entrar no partido, mas não há uma unidade, não há um consenso, não há uma filosofia única dentro do partido, nem por parte dos profissionais políticos, nem por parte do povo, quando vai escolher os seus representantes [...] nós tivemos eleição pra prefeito, mas a gente vê que há divergência de ideologia na câmara que foi eleita, se nós escolhemos uma prefeita que tem uma linha de ação partidária, nós teríamos se fôssemos um povo amadurecido politicamente de ter escolhido uma forma solidária com essa linha da execução. [...] a política se baseia em teoria de poderes, ela tem que ser coordenada, se eu coloco um pra um lado e outro pro outro, fica um cabo de guerra [...] dificulta o crescimento, dificulta a implementação de políticas públicas (Gest. T).

Outra destaque para esta fala é a visão de política como disputa pelo poder, como guerra, que traz elementos da teoria política de Maquiavel (1999). A política como instrumento para conquistar e manter o poder. Esta idéia está muito presente nos discursos, mas não aparece de forma explícita e elaborada. Os significados de política são muito negativos e focalizados no processo eleitoral.

Apesar dessa falta de conscientização política, como indica o entrevistado anterior, na política não se encontra apenas conformismo, encontra-se também rebeldia, ou, como diz Chauí (1993), resistência. Outra imagem bastante cultivada na nossa cultura política é a de depositar todas as esperanças em cada disputa eleitoral, ao eleger um salvador da pátria. Este elemento lembrado pelo entrevistado aproxima-se das reflexões de O'Donnell (1991) e Weffort (1992) ao analisarem o processo eleitoral em alguns países da América Latina, quando o sucesso ou o fracasso das políticas implementadas é atribuído ao presidente eleito. E que este é o protagonista das mudanças, que não são construídas e/ou debatidas coletivamente, por meio das instituições democráticas. Apesar de destacar a participação eleitoral, ao final do depoimento o entrevistado ressalta outras formas de fazer política por meio dos movimentos sociais, das mobilizações que teriam o poder de influenciar as decisões políticas:

[...] apostar todas as fichas somente no processo eleitoral [...] respostas que horas são de sarcasmo, horas são de ironia, a rebeldia na busca das soluções, às vezes é canalizada pra um lado absolutamente rebelde que não é o lado da rebeldia política, é um ato político, mas não no sentido de contribuir pra política, até na forma de crítica, porque existe no senso comum a negação da política, na forma de eleger figuras ... nós já elegemos o bode Ioiô [o exemplo do bode é antigo, mas o exemplo atual, que ele acha semelhante foi a eleição de uma dona de boites para vereadora em 2004] [...] é a síntese da descrença neste modelo de política que se apresenta. [...] você começa a achar que as representações, as ações, os simbolismos, as iniciativas, todas não valem nada, não dá em nada, nada muda. [...] tentam eleger um salvador da pátria [...] alimentar isso na política fica mais perigoso ainda, porque reforça o processo de despolitização [...] Eu sou suspeito pra falar de política, eu sou absolutamente crente

na política, tudo isso que eu estou falando são as minhas inquietações no campo da democracia com a política, eu ouvi alguém dizer [...] que fora da política só resta a violência, a via filosófica de disputa de poder de construir espaços democráticos [...] com movimentos de rua, movimentos de massa [...] (Pro. S. P).

O quadro apresentado pelo conjunto das entrevistas mostra uma realidade de descrença na política. A maior parte dos conselheiros só destaca os aspectos negativos e não acredita nos políticos. Poucos entrevistados vislumbram as possibilidades de mudanças nesse quadro no qual a participação popular tem papel fundamental. Mas quando se referem aos valores importantes para o exercício da política e les apontam para o desejo de transformação da política brasileira.

Na linguagem cotidiana, o termo valor não é um conteúdo comum, pois muitos entrevistados sentiram dificuldades, inicialmente, de explicitar seus significados quando indagados sobre os valores tidos como importantes no exercício da política, não só partidária, mas nas políticas públicas e nas articulações na esfera pública. Os valores são aspectos presentes no cotidiano e orientam as escolhas que os sujeitos fazem no dia-a-dia (HELLER, 1989).

A idéia segundo a qual na política ocorre muita corrupção, mentira, predominância de interesses particulares faz com que os valores apresentados pelos entrevistados condensem suas principais demandas para a reformulação dessa realidade. Nas entrevistas, os conteúdos mais freqüentes são a ética e a honestidade, seguidos pelo respeito, compromisso e responsabilidade. Quando os entrevistados falam em respeito, cada um traduz determinado tipo de respeito: à vida, ao ser humano, aos direitos individuais e coletivos, à coisa pública.

No pensamento republicano, o respeito à coisa pública é um valor fundamental, bem como o espírito público (CARDOSO, 2002) citado por outro entrevistado. Todavia, estes valores são bastante escassos na realidade local, como também na brasileira. A não distinção entre o público e o privado, a ausência do poder público por longo período desde a

colonização até algumas décadas de república, quando o poder a ser exercido por um ente público era exercido pelo poder privado (LEAL, 1978; GOHN, 2001c), os longos períodos de ditadura quando os direitos e garantias fundamentais eram suprimidos são alguns dos elementos que nos permitem inferir sobre o escasso sentido de bem público, respeito à coisa pública e a soberania da lei, no Brasil, que é ainda pouco referido pelos conselheiros.

Outra questão interessante e outro valor bastante ausente na nossa política partidária é a fidelidade partidária. No entanto, a entrevistada que citou esse valor, referindo -se ao período eleitoral, acredita que ainda existe um pouco de fidelidade. Contudo, a sua ausência entre os políticos é considerada um dos obstáculos à consolidação dos partidos políticos no Brasil. Mas, conforme destaca, o fundamental é a consciência e a ética, como podemos ver a seguir:

Eu acho que a ética já foi deixada de lado há muito tempo [...] consciência as pessoas não têm, votam naquele que lhe der algo. [...] fidelidade alguns partidos ainda têm, algumas pessoas ainda têm fidelidade pelos seus partidos, mas eu acho que fundamental seria a ética e a consciência [...] a consciência ainda acima da ética, que as pessoas deveriam ter em época de eleição, e simplesmente não têm (Usu. M).

A referência aos valores democráticos demonstra a convivência da cultura política tradicional e a emergência de uma nova cultura que começa a ganhar hegemonia no discurso dos conselheiros. No entanto, esses discursos, crenças, valores são dimensões da cultura política; uma outra dimensão são as atitudes, os comportamentos, as práticas de participação orientadas e condicionadas pelas crenças e valores. Como esse discurso dos valores democráticos consegue se viabilizar como prática?

Na próxima seção serão abordadas as práticas de participação no interior do Conselho com destaque para o período de observação da pesquisa, agosto de 2003 a agosto de 2005, e a visão dos conselheiros sobre a atuação do Conselho e suas práticas. As várias visões serão confrontadas com a observação das reuniões do plenário, das comissões e dos bastidores.

4.7 As práticas de participação cotidianas no interior do Conselho: tecendo significados, disputando o poder

Inicialmente, é necessário fazer uma descrição da estrutura física do espaço onde se realizam as reuniões do Conselho. Desde 1998, quando o Conselho foi reestruturado, até julho de 2002, as reuniões plenárias transcorriam no auditório da SMDS, depois SMS. A mesa que dirigia os trabalhos ficava num pequeno palco, guardando distância física entre os conselheiros e a mesa. De modo geral, as reuniões eram concorridas, com a presença de convidados, conselheiros regionais e locais, não sendo possível a definição clara de quem era conselheiro ou não, até porque algumas entidades freqüentemente mudavam seus representantes.

Em setembro de 2002 a secretaria municipal mudou de endereço e o Conselho também foi deslocado para a nova sede, onde permanece até hoje. Lá também as condições não foram favoráveis, apesar de haver melhorado a estrutura da secretaria do CMS, o plenário continuou funcionando em um auditório em situação mais precária, sem ar condicionado e sem microfone, o que às vezes tornava as reuniões insuportáveis por causa do calor e da acústica. Além da estrutura física, a forma de condução das reuniões era complicada, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

[...] primeiro me causa muita angústia o próprio modo como é organizado as reuniões do Conselho. [...] reforça muito a hierarquia. A mesa diretora sentada, os conselheiros daquele jeito [...] não devia ter toda essa distância assim entre mesa diretora e plenária dos conselheiros, quando eu tava no papel só de conselheira, sem fazer parte da mesa diretora, eu muitas vezes não conseguia entender o que o [presidente] falava nas reuniões. [...] Como eu tem muitos conselheiros que não conseguem entender também, pela própria estrutura da sala, da acústica também. [...] os mais tímidos ficam atrás. [...] até entre os conselheiros tem um *status* [...] tem aqueles que sentam mais à frente, que se colocam mais e tem os mais inibidos, que não se conhecem muito e vão se

chegando. Hoje eu vejo como realmente o Conselho não funciona [...] mesmo como espaço democrático, não funciona como espaço de controle social (Pro. S. O).

[...] Tudo errado pra mim. Primeiro, nós não temos um horário pra cumprir, de abertura de sessão. A própria mesa do Conselho, não sei que diabo é aquilo, ele não sabe encaminhar as coisas direito. Eu acho que deveria haver mais uma mudança ali no plenário. [...] vamos dizer que é pra começar duas horas, aí vai começar três horas da tarde. Sem ver de quê, não tem por onde. Precisa de quórum, tem que ter quórum, mas às vezes é displicência, sei lá o que é [...]. a última reunião, nossa! Foi uma bagunça [...] o Conselho não tem esse valor todo, porque se o Conselho tivesse esse poder todo, ele teria um auditoriozinho, um negócio arrumado [...] uma coisa onde nem condição física, não existe uma coisa montada, uma coisa boa [...] (Usu. B).

A reunião a qual se refere o entrevistado foi em novembro de 2004 para discussão e aprovação da política de saúde mental para o município, elaborada pela Comissão de Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental (CRPSM) do Conselho. Depois de estudos e com base no relatório da III Conferência Municipal de Saúde Mental, a referida Comissão elaborou essa proposta para submeter ao plenário. Antes da reunião para deliberar aconteceram duas outras reuniões com os conselheiros promovidas pela Comissão para discussão e esclarecimento da proposta. No dia da votação os donos de hospitais psiquiátricos promoveram uma mobilização de funcionários desses hospitais e familiares de pacientes para fazerem um corpo de pressão contra a aprovação da proposta. Não houve quórum e foi marcada uma nova reunião. Na segunda reunião, que aconteceu em dezembro de 2004, houve a mesma mobilização dos donos de hospitais, mas mesmo assim a proposta foi aprovada, por quatorze votos a favor e um contra. O plenário também decidiu transformar a proposta em resolução e encaminhá-la para publicação no Diário Oficial do município, mas isto não se concretizou.

Os pontos mais polêmicos da proposta diziam respeito à redução de leitos hospitalares e à transferência gradativa dos recursos para os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), residências terapêuticas e abertura de leitos para em ergências

psiquiátricas em hospitais gerais. Fortaleza possui sete hospitais psiquiátricos, um público, administrado pelo estado, e seis privados, conveniados com o SUS. Dentro da prefeitura, o lobby dos donos de hospitais tem sido muito forte para retardar a implantação da reforma psiquiátrica. Desde 1999, o Conselho aprovou a implantação de seis CAPS, um em cada regional. No entanto, apenas três foram implantados, não conseguem atender à demanda e funcionam de forma precária.

Ainda sobre o funcionamento das reuniões, o depoimento a seguir mostra a falta de participação dos conselheiros, tanto do gestor como de algumas categorias de profissionais de saúde e prestadores de serviços. Apresenta também uma característica das práticas, isto é, o questionamento sobre a política de saúde do município dirigido ao gestor. A ausência do gestor nas reuniões do Conselho é percebida como falta de prestígio da entidade. Esta não assiduidade relatada pelos conselheiros é registrada nas atas das reuniões. Como pude perceber no processo de observação, isso desestimula os participantes e contribui para a falta de quórum, prejudicando a tomada de decisão. O Conselho tem doze usuários, segundo o regimento o quórum é de 50% mais um. Na maioria das reuniões o quórum atingia entre treze e quinze presentes, sendo a grande maioria de usuários. Outro detalhe, os conselheiros governamentais só compareciam para apresentação de projetos, relatórios, ou para apresentarem justificativa sobre problemas que estavam ocorrendo.

[...] precisa de mais participação, principalmente hoje o que vai mais pra o Conselho Municipal são os representantes do segmento usuário, é a participação maior. [...] mas se o gestor estivesse sempre nas reuniões pra que a gente pudesse questionar e ele se explicar e dizer, isso pra nós seria bem melhor. Essa participação do gestor é uma coisa que a gente vê até como um desprestígio deles com os conselheiros. [...] médicos e todos os segmentos de associações que tem no Conselho, é muito pouco a participação desse pessoal e não vão ali pra somar porque na hora que nós tivesse um Conselho com todo aquele segmento que é a estrutura do Conselho Municipal, eu acredito que nós tínhamos condições de reivindicar, de fazer com que as coisas acontecesse. [...] sabemos que têm entidades que têm lá os seus representantes e [...]

não participaram de nenhuma reunião. [...] uma estrutura muito boa [...] todo usuário ele tem já essa ajuda do transporte [vale transporte] [...] tem que cumprir, quem tem que dar condições ao Conselho funcionar [...] mas o Conselho Municipal, ele funciona, mas precisa da participação maior dos conselheiros, porque não adianta se cobrar do Conselho Municipal, de uma ou duas pessoas se eu não dou a minha participação [...] (Usu. E).

Como observa o usuário, o Conselho Municipal de Saúde melhorou em relação a algumas condições físicas para a secretaria do Conselho. Hoje conta com a seguinte estrutura: existem três salas, telefones, computadores, três funcionários administrativos e uma secretária executiva. Embora o Conselho possua dotação orçamentária, não tem autonomia para o gerenciamento desta. Disponibiliza vale transporte para os conselheiros no dia das reuniões, e a partir de 2002 foi colocado um carro à disposição do presidente do Conselho e para vias das comissões para realizar fiscalizações.

As condições materiais são imprescindíveis para favorecer a autonomia de um conselho, mas sozinhas são insuficientes. O acesso a informações, transparência e capacitação são outros elementos importantes para o exercício do controle social ressaltados por estudiosos como Assis e Villa (s/d). Além da estrutura física, os conselhos necessitam de câmaras técnicas para fornecer subsídios, fruto de estudos sobre a política de saúde para orientar os conselheiros na tomada de decisão. O CMS não dispõe de câmaras técnicas, mas adotou comissões permanentes – de orçamento e finanças, acompanhamento e gestão do sistema, planos, programas e projetos, recursos humanos, implementação do controle social e a comissão especial de reforma psiquiátrica e saúde mental – que devem estudar os temas da política de saúde e analisar cada um desses aspectos da política de saúde no município.

As comissões são abertas e contam com a participação de conselheiros regionais e locais e colaboradores independentes. Todavia, a maioria não conta com a participação de técnicos ou especialistas que poderiam subsidiar as discussões. Ademais, nem todos os conselheiros do municipal estão engajados em alguma comissão e há aqueles que se

inscrevem em mais de uma, dificultando o cumprimento da função. As comissões se reúnem para estudar determinados assuntos e emitem parecer para ser submetido ao plenário. De modo geral, estas comissões funcionam de forma precária e quando sua atuação decresce muito, a mesa diretora faz apelos aos conselheiros para as revitalizarem.

Em continuidade à identificação das expressões da participação dos conselheiros e da forma como as reuniões são organizadas, os relatos a seguir ressaltam a falta de objetividade, o longo tempo despendido com informes e o caráter autocrático da mesa diretora. Muitas vezes quando se vai discutir o assunto principal da pauta, não se pode deliberar porque a reunião está esvaziada, não tem mais quórum.

[...] muro das lamentações [...] acabo saindo de lá [das reuniões] sem entender o que se fez [...] (Pre. S. S).

[...] acho a mesa diretora muito autocrática, principalmente a secretária [...] junto com o [presidente] [...] aquela mesa não sabe mesmo estabelecer tempo. Começa nos informes, a metade da reunião nos informes, não pode. Tem gente que vai dar os informes, vai fazer é queixa. É queixa, é denúncia [...] (Pre. S. R).

O grande volume de informes, que muitas vezes não são informes, são denúncias, reclamações, toma boa parte do tempo das reuniões. Constatei estes fatos tanto pela observação quanto pela leitura das atas. Como já foi enfatizado por uma conselheira em depoimento, a própria estrutura física do Conselho dificulta a participação e reforça uma hierarquia – mesa diretora versus conselheiros, conselheiros ativos, conselheiros inibidos.

Nesta arena as práticas de participação aprendidas por meio da observação e dos registros de atas podem ser assim analisadas: há a participação como presença, os mais inibidos não se arriscam a pedir a palavra e às vezes não são vistos nem ouvidos quando se atrevem a tal feito. Os mais corajosos tomam parte da discussão, querem ser vistos e ouvidos e suas manifestações de participação se revelam como queixas, reclamações, denúncias,

perguntas de esclarecimentos, solicitações, sugestões, formulação de propostas de encaminhamento. A conclusão do processo de participação em cada reunião são as votações de encaminhamentos, de resoluções e de projetos apresentados pelo poder executivo, outras instituições de saúde ou organizações não-governamentais que para receber recursos do SUS dependem de parecer favorável do CMS.

A questão dos programas e projetos que chegam ao Conselho é sempre um momento de tensão, pois, como relata um dos entrevistados, chega em cima da hora e se não for aprovado o município perde aquele recurso. A Comissão de Plano, Programas e Projetos estuda os projetos e emite parecer para subsidiar as decisões do plenário. Mas alguns projetos não passam nem pela Comissão, vão direto ao plenário, ou demoram muito tempo para serem avaliados porque a Comissão não se reúne, como destaca outra entrevistada. Já outra conselheira fala da responsabilidade de votar os projetos e ressalta a questão de não estar preparada, necessitando de capacitação:

[...] quando vem um projeto a gente tem que engolir ele de goela abaixo, já tá feito, só vem para o Conselho quando já tá feito lá, que era pra ser ao contrário, primeiro vir para o Conselho pra observar [...] (Usu. J).

[...] aí você chega no Conselho e diz, se a gente não aprovar isso hoje, vamos perder vinte milhões de reais. Vocês não podem fazer isso com Fortaleza (Pro. S. P).

Os projetos já chegam lá, já todos aprovado em Brasília, em outras instâncias, só pra a gente dizer que tem que abençoar. [...] As comissões é uma dificuldade muito grande, eu estou cansada de ir para as reuniões e não ter ninguém, nem um segundo pra gente discutir um projeto [...] (Pre. S. R).

[...] em relação às pessoas que são eleitas de repente sem esperar e a gente chega assim meio voando, você precisa se dedicar pra saber realmente o que tá fazendo [...] é uma responsabilidade muito grande do conselheiro, ele tem que saber, conhecer aquele projeto [...] precisaria assim talvez de uma preparação maior. [...] as

capacitações são poucas [...] deveriam existir mais pra que os conselheiros estivessem mais preparados (Usu. A).

A falta de capacitação dos conselheiros para exercer o papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas é destacada como uma das dificuldades para o exercício do controle social. Na pesquisa de Castro (2000) sobre o CMS, tendo como tema **Saberes em confronto público**: desvendando uma dimensão educativa, um dos pontos abordados, ao analisar o perfil dos conselheiros é a heterogeneidade de atores e interesses, delineando uma maior ou menor capacidade desses conselheiros em cumprir suas finalidades. Todavia, a capacitação de conselheiros tem sido uma preocupação d eles próprios nas três esferas de governo e de lideranças do movimento pela Reforma Sanitária. Dagni no (2002, p.285) analisa a capacitação técnica dentro de uma concepção mais ampla, incluindo a qualificação política “onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores d ominantes, além de afirmar a política como uma atividade privativa das elites”.

Em dezembro de 2001 o CMS desenvolveu uma capacitação, por iniciativa própria, envolvendo também os conselheiros regi onais e locais. Esta capacitação tinha como objetivo final a organização das comissões e a construção de plano de ação para cada comissão permanente, pois seguindo o modelo do CMS os conselhos regionais também possuem comissões para contribuir para o exercício do controle social e favorecer maior participação dos conselheiros.

Após esta capacitação, só foi ocorrer outra em março de 2004, em parceria com o Conselho Estadual e o Conselho Nacional de Saúde. O material foi produzido por várias instituições, entre elas a FIOCRUZ, dentro da metodologia da educação popu lar. Os monitores foram selecionados pelo CMS e posteriormente passaram por treinamento promovido pela coordenação estadual do programa de capacitação de conselheiros. Durante

três dias funcionaram treze turmas, com as oficinas de capacitação, no total de 417 participantes, entre conselheiros do Conselho Municipal, dos conselhos regionais e dos locais.

Segundo a legislação que cria os conselhos de saúde, este deve exercer papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas de saúde, caracterizando a participação política. Entretanto, conforme reconhece a quase unanimidade dos conselheiros entrevistados, as práticas cotidianas do CMS nestes aspectos deixam muito a desejar. A conselheira a seguir, inicialmente, afirma que eles não deliberam, mas ao prosseguir na sua argumentação parece querer convencer a si mesma de que o Conselho tem o poder de deliberação. Outro entrevistado, porém, é mais objetivo e diz que nem a fiscalização é realizada:

[...] se conscientizar que é um trabalho de fiscalização, se vem uma verba pra saúde, vamos fiscalizar se tá realmente funcionando [...] o peso maior é esse, agora eu acho que tem outras coisas também, que é deliberar, que nós aqui não deliberamos nada, apenas fiscalizamos [...] agora já tem as comissões também que a gente pode conversar e fazer e deliberar alguma coisa. Tem o poder de deliberar, tem poder de deliberação, né. Na medida do possível, o que pode fazer faz [...] (Usu. F).

[...] nós não fiscalizamos nada, nada da saúde, média complexidade, alta complexidade, atenção básica, nós não temos isso. Ah! tô falando mal dos conselhos de saúde? Não tô falando mal dos conselhos de saúde, eu faço parte do Conselho de Saúde, porque se a gente tivesse noção, muita gente morreu por culpa minha, porque eu não fiscalizei como deveria (Usu. G).

Nessa discussão sobre o exercício da função deliberativa do Conselho há uma tentativa de encontrar os culpados. Tal assunto foi abordado pelos entrevistados de forma indireta, ora analisando o colegiado como um todo, ora enfatizando a figura do presidente. Ao falar do caráter deliberativo, a maioria dos conselheiros entrevistados se refere apenas às questões endógenas, sem relacioná-las aos aspectos da centralização e da falta de vontade política na partilha do poder por parte do gestor. Em outros momentos, como citado anteriormente, eles registram o fato dos projetos já chegarem prontos para serem homologados.

Há quase dois anos o CMS vivencia conflitos mais ou menos transparentes de crise de hegemonia, na qual se destacam dois grupos. Esses grupos, no entanto, não são formados somente por conselheiros do municipal, pois há conselheiros regionais e locais, membros das comissões e colaboradores voluntários que comparecem às reuniões, têm direito a voz e se influenciam mutuamente. Na maioria das reuniões plenárias, existe sempre um número significativo de presentes que assinam uma lista como convidados, geralmente em torno de dez a vinte pessoas a cada reunião. Em muitas reuniões há mais convidados que conselheiros. Em reuniões nas quais os conflitos foram muito acirrados contou-se com até 35 convidados.

No CMS, apesar dos problemas mencionados que dificultam a participação, existem também conselheiros corajosos e convictos de suas posições que sempre conseguem espaço para se pronunciar no plenário, desejam ser vistos e ouvidos e conseqüentemente influenciar nos debates e na tomada de decisão.

Um dos grupos citados é liderado pelo presidente do Conselho tendo ao seu lado a maioria de usuários e os representantes do governo; outro grupo menor e com uma liderança mais difusa é formado por conselheiros filiados ao Partido dos Trabalhadores, usuários e profissionais de saúde e alguns sem filiação partidária; existem ainda alguns conselheiros independentes e que podem apoiar um ou outro grupo, conforme a situação. Outro detalhe desta arena é que quando parte do grupo ligado ao PT chegou ao Conselho, alguns provenientes de uma regional, durante certo período convivia de forma amigável sem explicitar suas divergências. Todavia, quando alguns começaram a se posicionar contrários às opiniões do presidente, ou tentando disputar a liderança dentro do Conselho, as divergências começaram a se manifestar.

No depoimento seguinte a entrevistada explicita uma das expressões desses conflitos que permeiam as relações dentro do Conselho. Em virtude da atuação do Conselho deixar muito a desejar, como afirma a maioria dos entrevistados, alguns atribuem a culpa à

centralização feita pelo presidente, enquanto outros responsabilizam todos os conselheiros, afinal, ele é um colegiado e todos são responsáveis.

[...] é fiscalizar [...] só que os conselheiros também não são conscientes de fazer isso [...] Fulano é meu amigo e eu não vou fazer isso, cicrano é meu amigo [...] tem esse jogo também. [...] que um conselho, vamos dizer, não é um presidente, o Conselho é nós, nós que estamos lá naquele corpo ali, naquele colegiado, mas tem gente que num acredita, tudo joga para o presidente. É nós, se o Conselho tá andando ruim é nós, num é o presidente, porque eu pelo menos sou informada de tudo que tem lá no Conselho Municipal [...] se eu disser que não recebo documentação eu tou mentindo [...]. isso é um papel do presidente na direção dali de dentro do Conselho. Mas que o Conselho em si é nós, nós é que temos que fazer acontecer, eu não joga, eu não vou queimar o presidente, eu não, eu tou me queimando, eu num sou conselheira? (Usu. F).

Entretanto, outra entrevistada já responsabiliza o jogo de interesses, a falta de conhecimentos para o exercício da função e a cooptação, que é uma das estratégias bastante utilizadas pelos governantes e a classe dominante para desmobilizar os movimentos populares e descaracterizar as lideranças comunitárias, marcas da cultura política local:

[...] ainda vejo muito atuações de cabresto, assim que eu vejo, principalmente os representantes de usuários, que tem uns que já tem dez anos dentro do Conselho e eles se deixam muito levar, eles se deixam ser cooptados, eu vejo isso dentro do Conselho, cooptados às vezes pela própria presidência, cooptados pelos projetos que vêm de fora, que as pessoas têm interesse e fazem reuniões paralelas, pra sensibilizar, telefonam, fazem qualquer coisa e tem alguns conselheiros que não têm nem condição de ser conselheiros na minha opinião, em termos de conteúdo, em termos de fazer um questionamento com qualidade, com conteúdo mesmo pra se impor sabe. [...] eu não sou muito a favor de repetir muito tempo [...] quando você passa muito tempo em uma instância dessas, você parece que já é dono da situação, e não é. As coisas mudam [...] (Pre. S. R).

Outro aspecto desse depoimento é a questão da permanência por muito tempo de alguns conselheiros no exercício da função. As opiniões se dividem. Enquanto uns são

favoráveis argumentando que se houver muita rotatividade, quando eles estão mais capacitados para o exercício da função, chega o tempo de mudar; na opinião de outros, porém, a longa permanência gera acomodação e, segundo defendem, deve haver renovação dos conselheiros, também como uma forma de abertura para novas lideranças e novas idéias. Conforme constata Dagnino (2002, p.284), ao discutir a questão da qualificação para o exercício da função de conselheiro “[...] a rotatividade da representação nesses espaços fica prejudicada: dadas as dificuldades da aquisição dessa competência, os seus eventuais portadores tendem a ser perpetuados enquanto representantes”.

O depoimento a seguir apresenta uma visão ampla do controle social no município tendo como referência outras instâncias legalmente reconhecidas, como os conselhos regionais e locais, numa visão de uma rede de comunicação entre os vários conselhos, favorecendo uma inserção mais capilar dos conselheiros nos distintos espaços institucionais. Contudo, ele destaca o choque de competências entre estas instâncias, além da centralização do poder na mão do presidente, também destacado por outros conselheiros. A centralização do poder é uma outra característica da cultura política tradicional, pois o Estado brasileiro tem uma longa tradição de centralização e concentração de poder e este modelo institucional se reproduz inclusive nas organizações da sociedade civil e os conselhos como uma instituição híbrida sofre muito esta influência. Na tradição, todos se remetem à figura do presidente:

[...] fiscalizar o uso dos recursos, participar efetivamente da implementação das políticas de saúde [...] o Conselho Municipal como uma rede [...] o Conselho Municipal está aqui no centro e não em cima, como alguns querem fazer, os conselhos regionais ao lado [...] e ao redor, os conselhos locais. Aí seria uma grande rede de ir e vir, de levar informações, de se organizar [...] pra que realmente o controle social funcione, a participação da comunidade seja efetiva [...]. O Conselho Municipal, hoje, ele não dá essa condição dos conselhos regionais funcionarem, e os conselhos locais. Não acompanha [...] não dá orientações, às vezes cerceia até o direito de determinado conselho regional atuar. Se o conselho regional vai um pouquinho além. [...] rola um lance lá de ciúmeira [...] falando mais do presidente do Municipal, que eu não posso

deixar de dizer, ele sempre diz que o Conselho Municipal não é ele, mas ele age como se fosse. Conselho Municipal é o presidente. Isso é muito negativo para o controle social, porque na realidade isso impede que as coisas funcionem [...] (Usu. D).

A Lei federal 8.142/90 que institucionaliza os conselhos de saúde – nacional, estaduais e municipais – lhes confere poder deliberativo. A Resolução 01, de 18/8/98, do CMS, também conferia aos conselhos regionais poder deliberativo, conforme o artigo 1º. da referida resolução: “Compete aos Conselhos Regionais de Saúde: I – atuar na formalização e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e gerência técnico-administrativo”.

Até 2002 não havia se explicitado choque de competências entre o CMS e os conselhos regionais. Entretanto, em julho daquele ano o presidente propõe e é aprovada em plenário sem nenhum questionamento a Resolução 19, de 9/7/2002, que restringe o poder deliberativo dos conselhos regionais e dos conselhos locais dos hospitais distritais, quando determina:

Que toda aprovação de recursos financeiros proveniente do Ministério da Saúde, Tesouro Municipal e outros realizada pelas Comissões de Orçamento e Finanças dos Conselhos Regionais de Saúde e dos Hospitais Distritais só tenha efeito deliberativo, após parecer da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Municipal que deverá ser apreciada em reunião de Plenária, tomar formato de resolução e ser publicada no Diário Oficial do Município (art. 1º).

Esta resolução surge justamente no momento em que os conselheiros da Regional VI começam a entrar em choque com o presidente do Conselho e disputar a sua liderança. Até 2002, tanto os conselhos regionais quanto os conselhos locais dos hospitais distritais vinham respondendo pela aprovação do plano de aplicação financeira das instâncias administrativas das suas áreas de abrangência e pela fiscalização de sua execução. Todavia, esta resolução não foi cumprida por todos os responsáveis nem ocorreu qualquer sanção pelo seu não cumprimento até setembro de 2004, quando o coordenador do Fundo Municipal de Saúde

deixou de repassar recursos para as regionais e hospitais que não haviam apresentado as atas de aprovação das prestações de contas para apreciação da Comissão de Orçamento e Finanças do CMS.

O não repasse de recursos coincidiu com o período eleitoral. Houve um desabastecimento geral nos serviços públicos municipais e os repasses de recursos para as secretarias executivas regionais ficaram bem inferiores às médias de meses anteriores. E o fato concreto é que a nova administração recebeu a secretaria de saúde com débito de R\$ 1.055.187,16 (um milhão cinqüenta e cinco mil cento e oitenta e sete reais e dezess eis centavos), conforme o primeiro balancete quadrimestral de 2005 do Fundo Municipal de Saúde.

Mesmo com todos os problemas já referidos na saúde pública do município, não houve nenhum pronunciamento público por parte do CMS, apenas denúncias, reclamações que não extrapolaram os limites físicos do Conselho e alguns fatos encaminhados ao Ministério Público. Estes eventos fizeram com que se aprofundasse entre alguns conselheiros a perda da confiança na efetividade do Conselho, como afirma o entrevistado a seguir:

[...] Então eu vejo com muita fragilidade, muita desconfiança. Porque na mesma medida, eu tou falando de mim, ao falar do Conselho tou falando de mim, claro. Agora aqui em Fortaleza [...] o caos instalado na saúde, o Conselho absolutamente não tinha nenhuma grande matéria, nada, você não ouvi uma palavra do Conselho sobre queima de medicamentos. [...] Então acho de uma fragilidade política e de uma fragilidade ética também o Conselho Municipal de Saúde [...] não de todos os seus membros, mas principalmente da condução (Pro. S. P).

No depoimento a seguir, outra entrevistada destaca algumas situações que sustentam sua argumentação quanto à fragilidade do Conselho. Entretanto ela consegue fazer uma relação com os aspectos endógenos do próprio Conselho e a falta de compromisso da gestão municipal com o social e a participação popular. Durante todo o desenvolvimento da

pesquisa, pude observar que para os gestores municipais, o Conselho representava uma instituição burocrática formal que existia por uma exigência legal, sem um papel efetivo na democratização da gestão da política de saúde, e isso era percebido por alguns conselheiros. O depoimento faz referência ao poder do Conselho como se fosse uma concessão e não uma conquista cotidiana. E isso traduz um pouco a posição de muitos conselheiros que “esperam” que o gestor abra mão de seu poder em favor do Conselho :

[...] teoricamente ele tem um papel muito importante, fiscalizador [...] ele tem um poder muito pequeno pra fazer isso, não é dado a ele o poder [...] eu vejo que a mesa diretora [...] ela tem um espaço muito grande [...] é como se ela tivesse um espaço fictício. Então as pessoas querem mostrar que têm um espaço x e não têm [...] eu vejo o Conselho muito apático [...] sem muita abertura, se m muito poder de tá reivindicando algumas questões, ou de ter voz e vez dentro da própria gestão da prefeitura. [...] até a questão do respeito que ele devia ter perante a estrutura administrativa da prefeitura, não tem. Então ele funciona porque ele tem q ue funcionar, porque se ele não funcionar a prefeitura não recebe verba [...] . a gestão que tá saindo, não tem muito compromisso com o social [...] não é favorável à participação mesmo popular. [...] a questão da mesa diretora [...] não sei se são as pessoas que estão lá, que têm receio de alguma coisa [...] por isso não querem se expor muito. [...] aquela questão das medicações que a gente conseguiu fazer relatório e tudo, e eu pensava que eu ia ter muito mais apoio nisso e pelo contrário, recebi telefonem as pedindo pra mim..., não do Conselho, mas eu recebi ligações da própria gestão da prefeitura pedindo pra mim ficar do lado deles diretamente, e eu não senti do Conselho [...] aquele apoio [...] é como se estivesse ficado na neutralidade [...] Eu sei que não existe neutralidade, as pessoas pensam que existe, aí tomam posições, até subestimando a gente (Pro. S. N).

A situação relatada diz respeito à apuração de uma denúncia sobre medicamentos vencidos que seriam incinerados secretamente pela prefeitura e que a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema foi averiguar e realmente constatou as irregularidades. Pessoas da administração ligaram para um membro da Comissão solicitando-lhe mudar o relatório. Mas o relatório foi mantido, lido e aprovado pelo plenário do Conselho.

Segundo revelaram o estudo das atas das reuniões do CMS e a observação, o esforço de participação empreendido pelos conselheiros dirigia-se muito mais para conhecer e entender o sistema municipal de saúde e os projetos a serem implantados do que mesmo para fiscalizar, e ainda menos para deliberar sobre a política de saúde, como diz um entrevistado: “[...] as coisas ficam decididas dentro dos gabinetes”(Pre. S. S). Quando o Conselho tenta exercer seu papel deliberativo, as deliberações muitas vezes não são cumpridas e ainda não é muito claro qual providência deve ser tomada, nem quem arbitrará as pendências, pois a legislação não prevê punição para os gestores que não acatarem as resoluções dos conselhos. O Ministério Público tornou-se um parceiro dos conselhos de saúde no exercício do controle público das ações do Estado e na defesa do cumprimento da lei. Mas mesmo suas determinações, na maioria das vezes, não vêm sendo cumpridas, como destaca o entrevistado:

Algumas coisas resolve, mas o essencial não resolve. Por exemplo: o Ministério Público mandou pra todas as unidades de saúde, que desse condições pros conselhos funcionar, e até hoje isso não foi feito e o Conselho não cobrou [...] o próprio Conselho tinha que exigir porque na própria Constituição diz que nós não temos ordenado, porque se nós tivesse ordenados, num ia chegar pra mim ser um conselheiro, nem um, nem outros não, pros usuário ser conselheiro não, quem era é filho de deputados, é seu fulano, é seu beltrano, é como no conselho tutelar [...] mas nós temos direito a condições da gente, honrar nosso papel de conselheiro e de fiscalizar [...] mas não tem condições, os gestor não têm interesse, o Conselho também se acomoda (Usu. J).

Encaminhar denúncias ao Ministério Público tem sido uma marca na atuação do CMS que não consegue pensar em outras estratégias de intervenção. Quando determinadas situações ficam insustentáveis, recorrem ao MP e ficam aguardando uma solução que muitas vezes não chega. Isto denota uma participação passiva.

O próximo entrevistado tenta explicar essa situação de passividade. Como ele era conselheiro na época da crise de 1997, quando o Conselho não foi mais reconhecido pelo

gestor, fala do medo de perder o que foi conquistado, referindo -se principalmente a questões materiais: salas, funcionários, transporte à disposição do Conselho, celular para o uso da presidência, apoio para realização das conferências, algumas capacitações. Estes aspectos estão relacionados com o funcionamento formal e burocrático do Conselho, mas a perspectiva política da tomada de decisão sobre a política de saúde e a defesa da saúde pública foi secundarizada. Diferentemente da opinião de outros conselheiros, ele diz que o Conselho tem todo o espaço com a gestão que terminou o mandato em 2004. Ele também menciona a questão financeira do conselheiro e o emprego ou a sua falta interferindo no controle social:

A gente tem todo o espaço, e por incrível que pareça, no Conselho de Saúde, com essa gestão que está aí [gestão que terminou em 2004], num sei se é porque a nossa ousadia foi outra, isso aí eu reconheço. Mas se a gente tivesse mais segurança, eu tinha muito medo de perder tudo que a gente conseguiu [...]. O problema também como eu te falei foi o SUS, as pessoas que estão no Conselho de Saúde, elas tão sábias, mas a sabedoria delas, às vezes, não são tão grandes, que tem a dependência financeira, tem o problema do emprego e tudo isso acaba estragando o controle social. [...] porque nós tiramos o Conselho de Saúde do ostracismo, da briga sindical. Saiu muita reportagem do Conselho de Saúde no jornal. A gente tinha um jornal, publicação de 40.000 exemplares do Conselho [só saíram três números] tinha outdoor do Conselho, aqueles cartazes [...] o Conselho de Saúde já tava se impondo [...] como instituição, não de oposição, mas como um instituição de pressão para a implementação de um sistema de saúde que prestasse [...] O gestor perdeu o medo do Conselho de Saúde com o usuário [...] não pelo fato da gente compactuar com as coisas erradas do sistema, mas é porque é necessário Conselho de Saúde e tinha que existir [...] (Usu. G).

Outro aspecto importante a ser destacado das falas anteriores é o trabalho voluntário do conselheiro e ao mesmo tempo as questões de sua sobrevivência. Segundo o último depoimento, a falta de condições financeiras de muitos conselheiros é um elemento que contribui para fragilizar o controle social. E o CMS vivenciou, concretamente, problemas dessa natureza que serão analisados posteriormente.

Os conflitos em torno do poder, da direção política do Conselho e da relação de alguns conselheiros com o presidente eram evidentes durante o processo de observação. Por isso uma das questões do roteiro de entrevista versava sobre o tema do conflito dentro do CMS. Houve unanimidade em reconhecer sua existência, mas a origem dos conflitos e sua intensidade foram diversificadas. Três entrevistados localizaram o conflito no campo das idéias, diferenças de opiniões são naturais entre os seres humanos: “[...] porque cada um pensa diferente” (US. F).

Os diferentes interesses dentro do Conselho são fontes geradoras de conflitos. Desde interesses pessoais, a interesses corporativos de profissionais, de grupos econômicos, ou de grupos políticos partidários. O depoimento seguinte centra sua percepção nos interesses pessoais, destacando o caráter personalista e individualista de alguns representantes, o que expressa mais uma característica da nossa cultura política. Já outro faz referência às intrigas ocorridas dentro do Conselho, justamente quando entram em choque esses interesses pessoais. Outras vezes questões políticas são apresentadas como questões pessoais, retomando o caráter personalista:

Pessoas personalistas, pessoas individualistas, pessoas que só enxergam até o próprio umbigo. Então se as coisas não é feita como ele quer, ele se insurge e às vezes diz até o que não deve. Eu acho que o próprio Conselho, na condução dos seus trabalhos, também facilita para que isso aconteça. Permite que a pessoa fale duas, três vezes, se determina o tempo de três minutos, tem pessoas que falam dez, quinze, vinte minutos. Isso também aborrece os outros que estão ali ouvindo, atento, respeitando a palavra do outro, e quando vai falar, às vezes, ninguém respeita a sua palavra [...] (Usu. L).

Conflito tem e eu não vou nem dizer a você por quê. Às vezes eu vejo o [presidente] reclamar e num sei porque foi assim e fulano foi dizer assim aquelas picuinha. [...] tá com aquele negócio, que eles foram pra Brasília com aqueles fuxicos [...] isso assim era que o Conselho devia fazer: rapaz vamos acabar com essas picuinhas, aqui nós trabalhamos é no sentido da saúde e nós estamos trabalhando aqui é no sentido de ajudar os doentes, estamos trabalhando aqui no sentido de fiscalizar o dinheiro público (Usu. J).

A viagem a Brasília mencionada pelo conselheiro, que gerou muita polêmica, foi a de dois conselheiros de uma Regional para a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em 2004. Segundo depoimento de um entrevistado, que também é conselheiro d esta Regional, eles souberam do evento por meio do Conselho Estadual e discutiram a proposta no Conselho Regional. Este elegeu dois representantes, um usuário e um profissional, que não tinham assento no CMS para ir à Plenária e pleiteou junto ao secretário executiv o regional as passagens e hospedagem.

Quando essas decisões chegaram ao CMS, o presidente colocou em plenário uma proposta, aprovada nos seguintes termos: deveriam ir a Brasília os conselheiros usuários titular e suplente representantes das regionais no CMS e caso a SMS não custeasse a viagem eles poderiam pleitear os recursos junto aos secretários regionais. Como a SMS alegou não ter condições de pagar as passagens, a única regional que pagou foi a Regional que já havia encaminhado a escolha dos representantes e o pedido de financiamento. Mas não seguiu as orientações do CMS, e sim a decisão que já havia tomado. O depoimento apresenta mais uma informação para demonstrar a centralização do poder do CMS nas mãos do presidente e a tensão existente entre alguns conselhos regionais e o CMS:

[...] pelo plenário passa pouca coisa. [...] a questão dos eventos de atividades fora, viagens, não passa pela plenária, o [presidente] vai, recebe o convite vai e não passa pelo plenário [...]. O Conselho Regional [...] tomou a iniciativa de fazer isso, como já fez em outros momentos, a gente soube através do Estadual, não foi através do Municipal, que ia acontecer a plenária. Pegamos lá no Estadual as orientações e na nossa reunião ordinária do Conselho Regional discutimos, elegemos democraticamente, decidimos quem seriam os representantes dos profissionais de saúde e dos usuários [...] e fomos atrás do gestor pra bancar diária, passagem [...] o presidente propôs que em cada conselho regional o representante que fosse pra plenária nacional fosse o titular e o suplente de cada regional, aqui no municipal, isso na minha maneira de ver pra modificar o que tinha sido decidido lá na Regional [...] que foi tirado dois, mas não foi nem titular nem suplente, mesmo porque nós

entendemos que não seria justo, se tem profissional de saúde no Conselho, também tem direito a representação (Usu. D).

Dois outros entrevistados apenas se referem a um conflito clássico identificável em muitos conselhos de saúde, que retrata um dos embates constantes da luta pela Reforma Sanitária, ou seja, o conflito de interesses entre os que lutam pela saúde pública e os que defendem os interesses dos grupos privados, principalmente dos hospitais privados: “[...] do pessoal dos hospitais, do programa de saúde mental [...]. Aí quando chega um grupo que tem interesses econômicos vai lá pra dentro do Conselho querendo desmanchar o que foi decidido pela grande assembléia das conferências” (Usu. H). Entretanto, nem sempre é claro para os conselheiros a forma como esses interesses se apresentam. No caso da saúde mental, os conselheiros votaram a favor da ampliação do serviço público, mas outro projeto destinado a credenciar um hospital privado que não tinha convênio com SUS, exclusivamente para realizar cirurgias cardíacas em crianças e adolescentes, foi aprovado, sem maiores questionamentos. Apenas um conselheiro chegou a indagar se os pobres iam poder entrar lá.

Também há uma referência aos interesses corporativos: “[...] o Conselho de Saúde era praticamente dominado pelos profissionais de saúde [...] o pessoal via Conselho de Saúde como uma espécie de mesa de negociação do SUS, como um sindicato [...]” (Usu. G). Mas segundo afirma o mesmo entrevistado, eles conseguiram mudar essa realidade e hoje o poder não está mais centrado no grupo de profissionais. No entanto, de acordo com uma conselheira, atualmente a situação se inverteu, na sua visão o poder agora está centrado no grupo de usuários:

O poder que emana dos membros do Conselho, eu vejo assim que os representantes dos usuários, eles se entrelaçam, eles se articulam entre si, pra qualquer aprovação, o poder do Conselho está centrado nos usuários. [...] e mesmo assim esse poder entre eles, eles são manipulados, cooptados às vezes pela própria presidência, ela vai fazendo conchavo como a gente chama, numa conversinha paralela, um telefonema, a ida até o local. É muito forte isso aqui. Já entre nós que somos representantes de [...]

os prestadores de serviço e os profissionais, a gente não sente muito essa articulação entre a gente pra fazer acontecer alguma coisa, porque os prestadores não têm saco, saem logo, eu vejo vários deles ali que nunca ficam até o final, que nunca participam das decisões finais e aí fortalece o poder do grupo de usuários (Pre. S. R).

O modo como o poder circula e manifesta-se entre os conselheiros é um fenômeno que precisa ser destacado. Em espaços públicos como os conselhos, onde alguns conselheiros – profissionais de saúde, governo e prestadores – detêm mais informações e também ocupam posições institucionais que lhes garantem algum poder, essas assimetrias se expressam nas relações e há uma tendência de um grupo querer dominar o grupo menos informado, no caso os usuários. Quando um usuário assumiu a presidência do CMS empreendeu ações no sentido de neutralizar o poder dos profissionais de saúde e construir uma hegemonia dos usuários. O presidente passou a fazer uma articulação com os usuários tanto do CMS quanto dos conselhos regionais. Este feito foi bem sucedido durante muito tempo e foi enfatizado por alguns profissionais de saúde em vários momentos das entrevistas.

Outra entrevistada destaca a importância do conflito para o crescimento do grupo e salienta que no CMS existem vários tipos de conflito, entre estes os gerados pelas disputas de poder. Outro elemento levantado pela entrevistada relaciona-se com questões financeiras que poderiam estar em jogo nessas disputas, embora ela não tenha informações para afirmar isso:

[...] até porque a gente cresce nos conflitos, que se todo mundo concordar com todo mundo a gente acaba ficando no mesmo lugar. [...] no Conselho eu acho que existem vários tipos de conflitos, conflitos de interesse, tem conflitos de poder, cada um quer um poder. [...] você vê as pessoas pensando, né, criticamente sobre uma coisa e discordando, aí é o conflito positivo [...] Conflito de interesse pela questão de demarcar espaço, entendeu? De ter mais espaço, de ser mais... de aparecer mais. Então conflito de interesse é até próximo à questão do poder, porque se você tem um poder, então aparece mais. [...] de fazer a sua idéia prevalecer, num quer nem saber se a do outro é mais correta, eu só quero saber se a minha tem que prevalecer [...] eu não sei se por trás disso tem questão financeira, que a gente não fala sobre isso [...] é uma

coisa que eu preciso aprofundar ainda no Conselho, como é que o Conselho funciona, quais são os recursos que ele recebe. [...] quando eu chego na reunião as pessoas já estão brigando [...] mas o que eles menos discutem é a pauta, aí a gente pensa que por trás tem alguma coisa, a questão do julgar, eu também não quero julgar ninguém [...] (Pro. S. N).

No depoimento a seguir o entrevistado tenta fazer um resgate de alguns conflitos desde quando entrou no Conselho e localiza uma de suas causas: segundo ele, um tipo de conflito acontece quando o presidente do Conselho percebe a atuação de outro conselheiro como uma ameaça à sua liderança. Essa ameaça provoca uma reação que é a tentativa de atacar o outro, não fisicamente, mas simbolicamente, denegrindo a imagem do outro num jogo que se desenvolve na sombra. Geralmente, esses confrontos têm um fundamento político, ligado à disputa do poder, mas aparecem como questão pessoal:

[...] quando eu cheguei em 2001 eu já percebi um conflito na época com o presidente do Conselho da I [...] [Conselho da Regional I]. Então era uma queimação danada da parte do presidente Municipal [...] eu perguntei como era esse negócio do Conselho, como é que é isso, o [presidente] é quem manda sozinho? [...]. Eu percebi que era por conta de um questionamento a um determinado posicionamento, de uma ameaça. Eu acho que o presidente sente uma certa ameaça quando tem alguém com idéias, com projetos, falando de maneira, assim, independente à sua pessoa. Então ele se sente ameaçado, e quando ele se sente ameaçado a tendência é de reagir, eliminando aquela pessoa, eliminando mesmo, como foi eliminado o [...]. Pega o telefone e liga pra todos os conselheiros e pá, pá, pá... e a pessoa fica queimada diante dos conselheiros [...] a estrutura do Conselho é utilizada em benefício próprio, mas também utilizada pra garantir digamos assim o apoio necessário quando for preciso. Então se precisa do carro pra dar um apoio, tem o carro à disposição [...], às vezes também o vale transporte [...] (Usu. D).

O depoimento anterior fala do uso de bens públicos – o carro, o vale transporte – para servir a interesses privados, uma característica do patrimonialismo. Este fato também é mencionado por dois outros entrevistados e pela observação pude identificar alguns casos.

Mas isso ocorre muito disfarçadamente, e chegou a ser exposto por dois outros entrevistados, especificando o uso dos bens do Conselho na campanha eleitoral, um para negar que utilizavam tal prática e acusar o outro grupo de fazê-lo e o segundo para admitir que fosse utilizado o carro do Conselho durante a campanha, mas denuncia que o outro grupo usou o telefone. A não distinção do público e do privado e a utilização de um bem público para interesses privados são características da nossa cultura política e influenciam as práticas de participação dentro do CMS.

[...] a gente tentou não utilizar o Conselho de Saúde como um elo político partidário. Usaram até o Conselho, mas tentei não fazer isso. Foi utilizado o Conselho de Saúde, disseram que tavam utilizando o Conselho de Saúde, até o patrimônio do Conselho de Saúde como o transporte pra a campanha política, mas eu não fiz isso, ninguém fez isso lá no Conselho (Usu. G).

[...] Eles cansaram de criticar o uso de carros no tempo de campanha pra conselho tutelar, a própria campanha política e eles mesmos fazem o uso dos telefones pra ligar pros partidos, pra ligar pra ver onde vai ter comício [...] pra tratar de assuntos partidários. Num é uso da máquina também? Eles não estão cometendo o mesmo erro? [...] puxa, eles criticam tanto o uso da máquina. O telefone não é pago com os impostos dos servidores, das pessoas, dos usuários? Só mudou o objeto, mas o uso é o mesmo [...] (Usu. M).

Outros entrevistados apontaram as questões partidárias como geradoras de conflitos. Esses conflitos ficaram mais explícitos com a aproximação da campanha eleitoral para os cargos municipais, em 2004. Já havia se explicitado em 2003 quando houve eleição para a mesa diretora do CMS, mas naquele período as discussões se passavam nos bastidores, não eram expostas claramente no plenário.

No Brasil não há tradição partidária. Nas democracias consolidadas, os partidos políticos têm um papel importante na construção e implementação de um projeto de sociedade. Para a maioria dos entrevistados a política partidária possui uma conotação

negativa e deve ser excluída de discussões sérias. É como se os partidos não tivessem ou não devessem ter uma proposta para as políticas públicas que poderia estar sendo debatida nos espaços de controle social. Afinal, são as lideranças partidárias, ao ocupar cargos executivos, que programam e executam as políticas públicas, seguindo ou não as orientações partidárias.

Na maioria dos depoimentos identifiquei esta ênfase em separar as questões partidárias das discussões sobre a política de saúde, como se a primeira pudesse contaminar a segunda ou desvirtuá-la. Há uma tensão entre a influência da ideologia partidária nos movimentos populares e um possível aparelhamento das organizações pelos militantes partidários. É difícil estabelecer o limite entre esses fenômenos e na prática os partidos de esquerda contribuíram para fazer avançar a luta social. Visões como as do entrevistado a seguir são comuns entre os conselheiros. Este faz questão de separar a política de saúde da ideologia partidária:

[...] essa questão de ter pessoas partidárias que são conselheiras hoje [...] Uma ideologia partidária que os conselheiros têm que seguir aquela linha. [...] um conselheiro que ele veio me questionar politicamente e eu disse a ele que eu não estava ali pra discutir política, eu estava ali pra discutir política sim, de saúde, não partidária. E esses conflitos que ocorrem é exatamente por isso, porque pessoas são filiadas a partidos políticos. Eu não acho nada disso errado, acho correto, é opção. Agora eu acho que dentro do Conselho de Saúde é você tratar um assunto totalmente diferente e não pode a sua decisão ter aquela influência que tem que ser de acordo com o que eu penso, com o que o partido pensa que eu tenho que discutir aqui dentro. Então essa questão, a discórdia que eu tenho percebido, é exatamente por essas questões políticas partidárias (Usu. E).

Alguns conflitos ligados à ideologia partidária ficam velados por certo tempo até surgir uma situação que lhes permita explicitar. Um desses momentos são as eleições, tanto municipais quanto as internas para o CMS. Isso ficou muito claro em 1997, quando os conselheiros elegeram uma presidenta filiada ao PC do B, que não foi aceita pelo gestor municipal. Depois da reestruturação o Conselho funcionou sem uma oposição clara, e quando

havia divergências muitas vezes eram tratadas no campo pessoal, como alguns eventos relatados pelo entrevistado D. Em 2001, depois da pressão que fiz sobre o tempo do mandato dos conselheiros, já referidos, usou-se a estratégia de convocar eleição para a mesa diretora como uma forma de dar uma resposta às pressões que vinham ocorrendo.

Nesta eleição para a mesa diretora, o presidente candidatou-se à reeleição, convidou mais dois conselheiros para compor uma chapa e a eleição aconteceu sem nenhum questionamento nem articulação de oposição. Após esta eleição, com a chegada de alguns conselheiros com tradição de militância partidária de esquerda, as coisas começaram a ser desveladas.

A princípio, o presidente acolhe os novos conselheiros. Alguns são usuários e dão início às alianças, estratégia que funcionava com os veteranos. Quando estes novos conselheiros foram compreendendo as práticas de participação desenvolvidas no espaço do Conselho e passaram a questioná-las, começou a organizar-se uma oposição, não só às práticas de participação no interior do Conselho, mas à política de saúde desenvolvida pelo gestor municipal. Surgiram, então, os confrontos abertos em plenário. Aí vieram as disputas pelo poder deliberativo entre os conselhos regionais e o Conselho Municipal, conforme já relatado.

Em setembro de 2003, já estava no prazo regulamentar, segundo o regimento, para convocação de uma nova eleição. Nessa época, as tensões internas eram constantes. O presidente anuncia, então, que haverá eleição para a mesa diretora, mas esta só iria ocorrer em janeiro de 2004. Desde abril de 2003 não existia mais mesa diretora, pois os outros conselheiros que a compunham não mais faziam parte do Conselho. Todavia, mesmo quando os três membros estavam efetivos, essa mesa jamais funcionou de fato. O presidente liderava a condução do Conselho, como pude perceber em alguns depoimentos, pela própria vivência como conselheira e na iniciativa de ações e propostas presentes em várias atas.

Com a abertura do processo eleitoral para a mesa diretora, a oposição à direção do CMS começa a se articular no Setorial de Saúde do PT, instância partidária ligada à Coordenação de Movimentos Sociais. Para lá se dirigem os conselheiros petistas e não petistas que discordavam da condução do CMS. A coordenação do Setorial abre o espaço para essa discussão e pronuncia-se no sentido de contribuir para melhorar o controle social sobre a política de saúde do município (registros no diário de campo das reuniões do Setorial de Saúde do PT).

Ao mesmo tempo em que se iniciam estas articulações, o presidente do CMS convida dois petistas para compor a mesa diretora, um como vice-presidente, representante de usuários, e outra como secretária, representante de profissionais de saúde. Este fato vai adicionar mais um ingrediente às discussões no Setorial de Saúde. Segundo avalia o grupo, a correlação de forças dentro do Conselho não é favorável a uma chapa de oposição e a proposta de composição sai vitoriosa. Embora com discordância, prevaleceu a vontade da maioria.

Antes mesmo da eleição, o presidente toma conhecimento dessas articulações e durante a entrevista ele expressa sua opinião sobre o fato. Para isto compara dois eventos, considerando-os intervenções político-partidárias dentro do Conselho e achando o caso da intervenção do PT na sua reeleição, pior do que a não aceitação da president a eleita em 1997:

[...] que por incrível que pareça, foram dois processos de intervenção política no Conselho de Saúde [...] quando ela se elegeu presidente do Conselho e alegaram que ela não podia se afiliar ao Conselho de Saúde por não fazer parte da linha do prefeito. Era comunista. [...] E a outra foi agora, na minha reeleição no Conselho também teve uma intervenção, talvez até pior [...]. Eu convidei duas pessoas pra fazer parte da chapa. A que era secretária ficou na dúvida se podia ficar ou não, e eu até cheguei a chamar outra pessoa [...]. E momentos antes da eleição uma pessoa chegou e disse que o PT, o partido foi decidido que pra dar apoio tinha que ser duas pessoas do partido. Aí desde esse momento começamos a criar um vínculo de mesa diretora. Que até uma forma de dois a um [...] (Usu. G).

Outro destaque neste depoimento a confirmar as reflexões anteriores sobre o não funcionamento da mesa diretora é a afirmação do presidente segundo a qual a partir deste momento em que houve esta eleição foi que se iniciou a condução do Conselho por meio de uma mesa diretora. E isso ocorreu porque houve uma composição de forças políticas na formação da mesa que reivindicaram participar da direção política e administrativa dos trabalhos. No entanto, este processo se desenvolveu com muitas tensões, como pode ser observado no depoimento posterior da profissional de saúde O.

Quanto à proposta de fazer uma composição com o presidente do Conselho é vista de forma diferente por alguns petistas, como ilustra o próximo depoimento. Já a entrevistada seguinte, após vivenciar a papel de secretária da mesa diretora, explicita suas dificuldades e até cogita algum aspecto positivo da decisão de compor a chapa, mas acha muito pouco:

[...] eu fico envergonhado de não ter tido competição interna, foi feita uma análise por alguns grupos que era melhor nós ocuparmos uma parte do espaço, mais recentemente, na época foi uma habilidade [...] E agora com essa perpetuação, foi uma tratorada, que eu achei um equívoco, bati, fui voto vencido [...] Aí eu faço minha a culpa também nessa história, nem toda disputa é pra ganhar, às vezes é pra afirmar alguma coisa que você tem mais próximo da verdade, um valor que você tenha como mais basilar, mais elementar, que não pode ser abandonado por qualquer aliança. [...] um erro fundamental e a gente vai pagar um pouco por esse erro (Pro. S. P).

[...] a minha entrada na mesa diretora foi uma estratégia também de alianças. [...] até pra equilibrar um pouquinho o grande poder do presidente do Conselho. [...] Eu não entrei de bom grado. Quando começou a discutir isso lá no diretório setorial do PT, eu achei um absurdo, mas acho que em algum momento tem funcionado. É difícil assumir, tá lá. [...] Se a gente tivesse feito a chapa e concorrido, tinha perdido, isso eu tenho claro. [...] a aliança em alguns momentos nós ganhamos [...] eu consigo passar informações pra algumas pessoas, o que funciona lá dentro. Eu não sei se antes teríamos essa informação. [...] mas muito pouco, pra pensar no Conselho Municipal de Saúde, não é nada não [...] principalmente em relação ao poder, dessa briga, dessa fofoca [...] a desorganização dentro do Conselho que existe muita. Às vezes você chega naquele Conselho e parece a casa da mãe Joana [...] O povo lá nos e-mails, o

povo ouvindo música [...] tem umas coisas que você nunca sabe direito, os ganhos que devem ter por trás disso. A questão do motorista [...] a questão da entrega dos vales [...]. [sobre as forças que mantêm o presidente] é nas próprias regionais [...] tem uns que ele tem uma certa força, mas eu não sei se ele tem uma força maior do próprio secretário. [...] porque dos conselheiros que tem no Conselho, ali todos são o [o presidente] [...] nos usuários ele tem uma força muito grande (Pro.S. O).

Como evidenciado, a dificuldade de lidar com o conflito, tirá-lo da sombra para a discussão pública ficou clara neste episódio da reeleição do presidente do CMS em 2003. O anúncio da eleição ocorreu em setembro, mas esta só aconteceu em janeiro de 2004. Foram quatro meses de efervescência nos bastidores do Conselho, e em nenhum momento estes assuntos se tornaram pauta das reuniões, apenas os aspectos formais, tais como a data da eleição e o chamamento para a formação de chapas. Nos bastidores as coisas eram tratadas como intriga, interesses pessoais, ou simples disputa pelo poder. No Setorial de Saúde do PT, foi feita uma avaliação da atuação do Conselho e esboçadas algumas definições políticas para a formação de uma chapa de oposição. No dia da eleição para a mesa diretora alguns desses compromissos foram expostos pelo candidato a vice-presidente da mesa.

A eleição ganhou importância, pois neste dia o local da reunião do Conselho foi mudado para uma sala com ar condicionado, cadeiras removíveis, em forma de semicírculo. Vários conselheiros se pronunciaram: uma representante dos prestadores de serviços falou da necessidade de se fazer uma autocrítica para organizar as reuniões, com vistas ao acompanhamento da política de saúde. Outro conselheiro propôs que a direção da mesa fosse colegiada. O candidato a vice-presidente – também é usuário – se pronunciou e avaliou ter havido um processo de crescimento no CMS, pois na última eleição em 2001, não houve discussão nem dos nomes, nem do papel da mesa diretora. Então ele apresentou algumas propostas de trabalho: “Aprimorar a fiscalização dos recursos; contratar uma assessoria; efetivar as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde; reforçar o funcionamento das comissões” (Usu. D). Com dezenove votos, a mesa foi eleita por unanimidade.

A participação de conselheiros com experiência de militância partidária de esquerda politiza algumas discussões. Entretanto, no caso do CMS, não conseguiu alterar muito seu cotidiano, com pouca repercussão nas práticas de participação desenvolvidas em seu interior. Como a secretária da mesa diretora afirmou em depoimento, conquistaram muito pouco. As reuniões voltaram a acontecer no espaço anterior, em um auditório sem ar condicionado, sem microfones, onde as pessoas não conseguiam se entender direito. Mas a coordenação das reuniões passou a ser compartilhada com os outros membros da mesa. Algumas vezes, a pauta das reuniões foi invertida, e os informes ficavam para o final. Desse modo, havia tempo suficiente para discussão da pauta.

Conforme percebi ao analisar os registros das observações e as atas do ano de 2004, as práticas de participação continuaram seguindo expressões semelhantes: alguns conselheiros se mantinham mais na atitude de observador, às vezes se arriscando a uma conversa paralela; os mais ativos sempre pedindo a palavra para levantar questionamentos, pedir esclarecimentos, fazer denúncias e reclamações. As denúncias e reclamações, a maioria fruto da vivência cotidiana nos serviços de saúde ou de informações veiculadas pela imprensa. Como em anos anteriores, as mobilizações envolvendo a comunidade só ocorrem em épocas de conferências e nestes últimos dois anos ocorreram várias: as conferências regionais e municipais, como etapas para todas as conferências nacionais, desde a XII CNS, a conferência de assistência farmacêutica, de saúde bucal, ciência e tecnologia e inovações no SUS.

As conferências dão nova vida aos conselhos, os quais abrem espaço para maior envolvimento com a comunidade enquanto os conselheiros se mobilizam para participar da organização do evento e da mobilização da comunidade. Passadas todas as etapas, regional, municipal, estadual e nacional, volta-se ao cotidiano das reuniões plenárias e das comissões. Contudo, as conclusões das conferências funcionam muito pouco para orientar a pauta do Conselho. Portanto, esta permanece determinada, na maioria das vezes, pelas demandas do

executivo, ou de solicitações para análise de projetos de entidades que desejam receber recursos do SUS, ou para solucionar conflitos internos quando estes se tornam insustentáveis.

Como exemplo dessa situação, menciono o seguinte: em 2003, a Conferência Municipal aprovou uma nova composição do CMS. Além da proposta de composição que amplia o número de assentos e deixa o nome das entidades em aberto, no intuito de solucionar as ausências de entidades não interessadas em enviar representantes, os problemas de choques de competência entre o Municipal e os conselhos regionais estavam a reclamar uma revisão da Lei municipal 8.066/97 que reestruturou o CMS. Entretanto, iniciativas para tentar viabilizar essas mudanças foram pouco sistemáticas em 2004, vindo a ter uma ação mais organizada a partir de setembro, quando aconteceram duas reuniões extraordinárias para debater a reformulação da lei.

Na discussão da Lei 8.066/97, os pontos da proposta apresentados pelo presidente que se tornaram polêmicos, mas saíram vitoriosos, foram a retirada do poder deliberativo dos conselhos regionais e a questão do mandato dos conselheiros. Embora a lei em vigor estabeleça o mandato de dois anos, permitida a recondução, o decreto que regulamenta a lei especifica apenas uma recondução enquanto o regimento interno reafirma o que está definido no decreto. Como já mencionei, estes aspectos legais jamais foram cumpridos, pois alguns conselheiros estão há nove anos no Conselho. Na opinião de determinado grupo, a nova lei deveria estabelecer apenas uma recondução, argumentando o princípio democrático da renovação dos representantes. Tentaram fazer um acordo ampliando para duas reconduções, mas foram derrotados.

De acordo com a proposta aprovada na reunião, o número de reconduções ficou em aberto, porquanto, segundo a Resolução 333/2003 do CNS, a recondução de conselheiros deve ficar a critério das entidades representadas (terceira diretriz, inciso V). Após a segunda reunião, quando foi concluída a discussão da proposta, em outubro, o presidente do Conselho

informou que iria encaminhá-la à Câmara Municipal para ser aprovada antes da posse da nova administração. Entretanto, até agosto de 2005, quando concluí o trabalho de campo, isso não ocorrera.

Em janeiro de 2005, o CMS vivencia nova crise. Esta provocada pela descoberta conforme a qual o presidente do Conselho, que é usuário, desde o ano 2000 recebia uma remuneração mensal por meio de uma empresa prestadora de serviços à SMS, para exercer a função de operador de microcomputador no CMS. Consoante a Lei 8.066/97, em seu artigo 5º., o mandato de conselheiro é um serviço público relevante e não será remunerado. Verifica-se, portanto, uma ilegalidade. Além disso, o conselheiro estava sendo remunerado para exercer uma função que de fato não exercia. Tudo isso mantido em segredo por mais de quatro anos e só se tornou público depois que a Comissão de Recursos Humanos do CMS teve acesso, em janeiro de 2005, aos contratos com firmas terceirizadas e à relação nominal de todos os funcionários contratados. Ao estudar a documentação, a Comissão identificou o nome do presidente do Conselho em uma das listas.

A Comissão havia solicitado essa documentação ao Fundo Municipal de Saúde, em junho de 2004, com vistas a fiscalizar a execução desses contratos, mas não foi atendida. Depois de repetidas solicitações por escrito ao próprio secretário, teve de recorrer em dezembro de 2004 ao Ministério Público exigindo a apresentação dos documentos, o que aconteceu nos últimos dias do ano.

Acabara de tomar posse a prefeita Luizianne Lins. A situação perdeu as eleições logo no primeiro turno e uma coligação de esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores ganhou o pleito municipal. No final da gestão em 2004, os prazos de vigência de muitos contratos terceirizados haviam esgotado e não foram renovados. Entre estes estava o contrato da firma que contratara o presidente do Conselho.

Em 25/1/2005, ao se realizar a primeira reunião do ano da referida Comissão, o presidente do Conselho compareceu para explicar a mencionada contratação desde 2000. Alegou dificuldades financeiras como motivo para aceitar a oferta da então secretária da SMSD responsável pelo setor saúde no município. Segundo afirmou, isso nunca o impediu de exercer o controle social e seu único erro foi não ter revelado o fato para os conselheiros. Segundo ele, a denúncia já havia sido encaminhada para a Promotoria de Defesa da Saúde Pública de forma secreta por um membro da Comissão e em decorrência disto fora convocado pelo MP para responder sobre o fato (relato registrado durante a observação da reunião da Comissão). A Comissão discutiu o caso, mas não chegou a um consenso quanto aos encaminhamentos a serem tomados. Alguns membros sugeriram a renúncia do presidente, outros ficaram solidários e diziam que como ele não estava mais recebendo o salário, poderia ficar até terminar o mandato, janeiro de 2006.

A situação gerou nova crise no Conselho, e o nível de tensão e animosidade entre os membros cresceu. O conflito surgido, então, apresentou-se como a relação amigo-inimigo (SCHMITT apud BOBBIO, 1991), dividindo os conselheiros entre os que mantinham o apoio ao presidente e aqueles que questionavam seu comportamento e exigiam sua renúncia. A rivalidade entre os dois grupos tornou-se grave e a todo momento cada um buscava informações e estratégias com vistas a combater o outro lado. Quando a relação amigo-inimigo se estabeleceu, a animosidade ficou insustentável e as partes não conseguiram criar mecanismos para solucionar a disputa sendo necessária a mediação do MP, como uma força externa, para atuar na solução do conflito.

No primeiro momento, as discussões sobre o fato e a tomada de posição haviam ficado nos bastidores e corredores. No dia 15/2/2005, aconteceu a 73ª reunião ordinária do Conselho e a primeira do ano. Na ocasião foi apresentado o novo secretário municipal de saúde e também esteve presente um representante da Promotoria de Defesa da Saúde Pública que não

se pronunciou, apenas observou a reunião. A questão do vínculo em precatório do presidente foi tratada de forma indireta, por ele próprio, dizendo estar sendo vítima de perseguição, e por um conselheiro local que solicitou a colaboração de todos, que se deixasse de picuinhas e apoiassem o presidente (relato registrado durante a observação da reunião).

No dia 9/3/2005, 34ª. reunião extraordinária, o assunto foi levado para o plenário do Conselho, como pauta, depois de uma notificação do MP exigindo que o Conselho discutisse e se pronunciasse sobre o fato. Como na maioria das vezes em que algo polêmico é discutido no CMS, houve grande mobilização para essa reunião à qual compareceram dezessete conselheiros, quatorze titulares, três suplentes, 39 convidados e um representante do MP.

O plenário do Conselho dividiu-se. Segundo uma parte, o presidente errou, embora induzido pela questão da sobrevivência, mas conforme afirmavam, ele se empenhou no papel de conselheiro e como não estava mais recebendo o dinheiro, deveria terminar seu mandato. Ao mesmo tempo em que defendiam o presidente, muitos conselheiros se pronunciavam fazendo acusações aos outros membros da mesa diretora e até a conselheiros de outras instâncias de controle social do município. Conforme propuseram, se fosse para sair que saísse toda a mesa diretora, “se fosse para julgar, que todos fossem julgados”. “Que ninguém está preocupado com o CMS, estão preocupados com o presidente, querendo denegrir a imagem dele” (registros feitos durante a observação da referida reunião). Outros se pronunciaram afirmando que o fato envolvia uma questão ética, a perda de confiança no presidente e uma ilegalidade. Portanto, ele deveria renunciar.

Como não chegaram a um consenso, construíram uma proposta alternativa de transição pacífica mediante revitalização de todos os conselhos, promovendo amplo movimento democrático de renovação do controle social no município, com eleições em todos os níveis, para o municipal, regionais e locais, no prazo de noventa dias. Esta proposta foi apresentada por um conselheiro profissional de saúde filiado ao PT que estava cogitado para

assumir um cargo comissionado na nova administração. Como não havia mais quórum para a tomada de decisão, foi marcada outra reunião na qual a proposta foi aprovada. Cabendo à Comissão de Implementação do Controle Social junto com o presidente encaminhar o processo, pois o presidente não aceitava mais reunir-se com a mesa diretora.

Novamente a promotora pública notifica o Conselho, e exige que este se posicione, especificando claramente sobre o vínculo empregatício do presidente do Conselho. Em nova reunião extraordinária no dia 19/4, o assunto é debatido e o presidente diz aceitar renunciar se os outros membros da mesa também o fizerem, mas como não chegam a um acordo nova reunião é marcada. Em 26/4, na 36ª. reunião extraordinária, o plenário se reuniu, não emitiu nenhum parecer sobre o vínculo empregatício do presidente, mas destituiu toda a mesa diretora (registro feito a partir da leitura da ata).

O “golpe” foi a estratégia encontrada para solucionar o impasse, pois na hipótese de impedimento do presidente, quem deveria assumir era o vice-presidente, conforme garantido pelo regimento interno. Todavia, como este pertencia a outra força política, divergente da atual direção e minoritária, tal alternativa não foi aceita. Na ocasião, novamente, foram levantadas várias acusações, sequer investigadas, para fundamentar o argumento de que todos os membros da mesa diretora tinham erros e que, portanto, não poderiam permanecer na direção do Conselho. Em seguida elegeram uma comissão composta por quatro membros para conduzir o processo de revitalização do CMS. Nesta comissão ficaram representados paritariamente os dois principais grupos: os aliados do presidente e os representantes da oposição.

A estratégia do “golpe” faz parte da cultura política brasileira como forma de solucionar os conflitos gerados pela disputa pelo poder político, como alternativa em situações de crise. Coutinho (1980) refere-se a esta estratégia e apresenta vários episódios na nossa história que ilustram o fato.

Depois de concluída a indicação de todos os membros do Conselho, pelas respectivas entidades, após muitos embates, num processo “autofágico”, segundo um conselheiro, em agosto de 2005 é eleita nova mesa diretora para o CMS. Depois de várias articulações internas e externas – no Setorial de Saúde do PT, na Central de Movimentos Populares – conseguiram formar uma chapa de consenso tendo como presidente um profissional de saúde, o secretário de saúde como vice-presidente e um usuário como secretário da mesa. A chapa recebeu dezenove votos a favor e uma abstenção.

Antes da eleição da mesa diretora fizeram cumprir pela primeira vez o regimento interno, no tocante ao tempo de permanência dos representantes no Conselho, vetando a recondução de conselheiros que tivessem mais de dois mandados consecutivos. Desta forma, sete conselheiros entre titulares e suplentes já reconduzidos por suas entidades, no processo de revitalização, tiveram que ser substituídos, pois estavam há mais de dois mandatos consecutivos no cargo.

Esta questão de fazer cumprir o regimento interno também foi bastante polêmica e, inicialmente, não foi aceita pelos conselheiros aliados do presidente, porquanto seu cumprimento iria excluir do CMS o presidente e alguns de seus aliados; também excluía um conselheiro do grupo da oposição. Entretanto, o grupo majoritário, ao compreender que não poderia impor sua vontade à revelia das normas vigentes, votou a favor da proposta. Houve uma abstenção. Este desfecho pode ser analisado como uma decisão democrática quando se garante a efetividade da lei na visão de O’Donnell (1998).

Tanto a crise vivenciada pelo CMS, a partir da descoberta de que seu presidente, usuário, mantinha vínculo empregatício secreto com a SMS, como seus desdobramentos suscitam vários pontos para análise. Primeiro, a ação da secretária da SMDS que ao oferecer um emprego ao presidente, no qual ele recebia um salário, mas não exercia a função para o qual teoricamente foi contratado, prevalecendo-se da sua real necessidade de sobrevivência,

utilizou uma estratégia de cooptação. Este fato ilustra mais um exemplo de patrimonialismo. O gestor municipal usa da prerrogativa do cargo e oferece recursos públicos para garantir lealdade. Com isso ela criou uma forma de controle sobre uma liderança que tinha sobre si a responsabilidade de exercer o controle social sobre as ações governamentais na área da saúde, num clássico mecanismo de cooptação característico da cultura política tradicional.

Segundo, nos desdobramentos da crise com os embates desenvolvidos entre os conselheiros sobre a questão, sobressaem vários elementos: a posição do presidente, que ao assumir a realidade do fato apela para a solidariedade de todos os conselheiros, visita-os individualmente, argumentando sua necessidade de sobrevivência e os serviços dispensados ao controle social na saúde, ao qual ele se dedicou em tempo integral, durante todos estes anos, inclusive nos quatro anos em que recebeu salários. Como observado, nesses elementos sobressai a naturalidade como a situação foi encarada, como se os dispositivos legais sobre a não remuneração do exercício da função de conselheiro fosse insignificante. E ainda a sua estratégia de tentar reverter a situação, aproveitando a mudança da administração municipal, dizendo estar sendo vítima de perseguição política. De réu ele passou a se colocar como vítima.

Como já falei, as opiniões se dividiram. Os conselheiros aliados ao presidente durante a maior parte dos embates, conflitos e questões polêmicas dentro do Conselho se solidarizaram com ele e, apesar de reconhecer seu erro, o minimizaram diante das suas necessidades de sobrevivência e da dedicação com a qual ele exerceu seu papel de presidente, com alguns argumentos, tais como: “o erro é humano”, “quem não erra”, “que atire a primeira pedra aquele que não tem pecado” e, que “se for investigar, muitos conselheiros em algum momento cometeram erros”. Usaram também a estratégia de fazer acusações contra os conselheiros que estavam exigindo a renúncia do presidente. E fizeram coro ao argumento de que era uma perseguição política, que alguém estava querendo o cargo de presidente,

portanto, era uma simples disputa pelo poder (registros das expressões dos conselheiros durante a observação da 34ª. reunião extraordinária do CMS).

Esses posicionamentos aproximam-se das práticas da cultura política tradicional, isto é, para os amigos tudo, para os inimigos a lei, onde a importância do ordenamento jurídico-legal é minimizado para produzir exceções, e nem todos estão submetidos ao princípio da lei. Conforme aponta O'Donnell (1998), uma das fragilidades ou incompletudes de democracias como a brasileira é a não observância do princípio da lei, ou seja, alguns indivíduos não se sentem obrigados a cumprir a lei, encontram mecanismos informais para burlá-la e não esperam ser responsabilizados por suas ações, em virtude da tradição de impunidade. Isso demonstra a falta de efetividade da lei no país.

Aqueles conselheiros que questionavam a situação argumentavam a perda da confiança e a infração legal e ética. Como na correlação de forças eles não teriam como destituir o presidente das funções, apelaram para a renúncia dele, diante do desgaste produzido pela denúncia que inclusive foi encaminhada ao Ministério Público. Como a renúncia não ocorreu, recorreram novamente ao MP, o qual interveio e exigiu um posicionamento do Conselho. Este grupo, portanto, vocalizou o respeito aos valores democráticos e às determinações legais que definem que o exercício da função não pode ser remunerado.

Todo esse episódio demonstra mais uma vez como é grande o condicionamento da cultura política tradicional sobre as práticas de participação no CMS. Todavia, o processo de democratização das relações na sociedade e a ampliação da esfera pública permitem o encaminhamento de soluções de conflitos de forma negociada e, neste caso, como a negociação não foi possível, os sujeitos políticos que reclamavam novas práticas tiveram o apoio do MP para exigir o respeito à lei.

Entretanto, ainda permanece uma incógnita na análise desse episódio. Individualmente, alguns conselheiros aliados do presidente reconheciam sua postura excessivamente conciliadora e tolerante com as ações da SMS, mas publicamente afirmavam que o fato dele ter recebido salário jamais o impediu de exercer o controle social; alguns também argumentavam nos bastidores que a solução para a crise era a renúncia do presidente, mas não conseguiram convencê-lo disso, nem colocavam isso claramente.

Nas observações e conversas individuais, conforme pude perceber, determinados elementos orientaram o posicionamento dos conselheiros ao defender a permanência do presidente, minimizando a ilegalidade por ele cometida, mas não foi possível perceber o que prevaleceu. Alguns se orientaram pelo sentimento de solidariedade ao companheiro; outros, pelo sentimento corporativista de defesa de um usuário; também ouvi o argumento segundo o qual a função deveria ser remunerada, pois ninguém pode se dedicar em tempo integral sem ter meios de garantir a sobrevivência. Ainda resta a hipótese, não foi verbalizada, mas a estou levantando: o sentido de demarcar uma posição política naquele momento de mudança da administração municipal, pois aqueles que exigiam a renúncia do presidente eram filiados ao PT ou simpatizantes e os que estavam contra tinham outras filiações ou simpatias partidárias.

Por fim procurei apreender o sentido atribuído pelos conselheiros à sua participação no Conselho. Em algumas falas transparece o desejo de permanecer muito tempo no Conselho; para outros estar ali assemelha-se a carregar um fardo pesado. Ao falarem do sentimento de participar do Conselho, além do sentido atribuído à participação, surge a expressão dos custos, mas também do prazer de participar. O sentido mais constante, 47,06%, é o da participação que proporciona uma aprendizagem. Para eles esta aprendizagem tem profundo valor e também conotações diferenciadas: aprender com a experiência dos outros; aprender e ensinar; aprender a ouvir, a conviver com as diferenças; aprender sobre a política de saúde.

Este aspecto da função pedagógica e aprendizagem social proporcionadas pela participação em movimentos sociais, comunitários e na gestão das políticas públicas é destacado por autores como Gohn (1992), Souza (1998) e Dagnino (2002) e é muito valorizado pelos conselheiros: “[...] eu realmente sinto que não sou leiga na história e se eu não participasse eu seria [...]”(Usu. F). “Eu acho que é tudo, porque eu deixei de ver a visão do meu local, e a visão do meu regional, e eu estou vendo uma coisa assim [...] no âmbito municipal é completamente diferente [...]” (Usu. M).

Souza (1998, p.23) corrobora estes comentários:

A aprendizagem que se feita coletivamente, garante as suas expressões individuais, forjando a individuação das pessoas que vão se firmando como membros de uma coletividade, que vão perdendo, em âmbitos ainda reduzidos, mas crescentes e significativos, seu isolamento e/ou anonimato.

A função pedagógica dos processos participativos já é evidenciada pelos teóricos da democracia participativa. No entanto, a educação para a cidadania é um das promessas não concretizadas da democracia (BOBBIO, 2000) e no Brasil nem a universalização da educação formal – ensino fundamental e médio – de qualidade foi assegurada. Portanto, falta uma das condições mínimas para o funcionamento da democracia. No entanto, essa educação informal proporcionada pela participação contribui para reduzir a ausência da educação formal. E isto é percebido, no caso dos conselheiros, dois concluíram o ensino fundamental, outros dois nem esse nível conseguiram atingir.

Vita (2004) ao analisar os déficits de participação política nas sociedades ocidentais reflete sobre a motivação dos cidadãos para participar. Segundo afirma, o individualismo da sociedade de consumo deixa pouco espaço para a reocupação com a coletividade. E ainda, a participação envolve custos e nem todos os cidadãos estariam motivados a participar. Mas o autor destaca o papel do ativismo político, por meio do qual o cidadão estaria mais apto a

reivindicar seus direitos. Pelo depoimento a seguir podemos identificar o conselheiro como ativista que tem longa história de participação em várias frentes. Ele fala do prazer de contribuir com a coletividade, confirmando a dimensão da paixão de participar relatada por Melucci (1994) e evidenciando a luta pelo bem do coletivo como uma virtude republicana (CARDOSO, 2002):

Olha, pra gente que passou a vida toda envolvido com negócio de militância, já participei de sindicato, de associações de moradores, de entidades mil por aí, é sempre prazeroso, reconfortante, satisfatório, você tá envolvido em alguma coisa que leve ao bem da comunidade, da sociedade como um todo [...] eu me sinto como uma pessoa que contribui para a coletividade [...] apesar das diversidades que são muitas. [...] eu sinto mais prazer por exemplo em participar do Conselho de Saúde da [Regional] que lá a gente discute, democraticamente, toma as decisões [...] porque aqui é complicado [no CMS] [...] (Usu. D).

A participação com o sentido de contribuir com a coletividade aproxima-se do ideal político dos antigos (ARENDR, 2001). Entretanto, como salienta Carvalho (2002 b), este sentido de resgatar o ideal da tradição encontra muitos obstáculos nas sociedades de mercado onde predomina a busca pelos interesses pessoais. Nossa pesquisa dirige-se a um público diferenciado da maioria da população que não participa de organizações associativas; é um grupo minoritário na sociedade que busca ter uma participação política e contribuir com a luta pela garantia do direito à saúde. No entanto, a convivência cotidiana de alguns conselheiros entrevistados com a população na periferia da cidade leva-os a identificar os baixos índices de participação em associações e partidos políticos e ainda observar que há uma predominância dos interesses particulares como um dos motores dessa participação.

No depoimento a seguir o conselheiro ressalta o conflito entre a responsabilidade de participar para decidir sobre a política de saúde, defendendo o interesse da população usuária do SUS, e ter de garantir sua sobrevivência e a da sua família. Neste aspecto se percebe a

distância do ideal dos antigos onde o cidadão estava livre das preocupações com a sobrevivência, pois esta era garantida pelo trabalho escravo, e ele poderia se dedicar à vida da pólis. O cidadão moderno tem de trabalhar para sobreviver e a participação muitas vezes toma-lhe o tempo a ser dedicado ao trabalho.

Em determinados momentos, o aspecto da remuneração para exercer o papel de conselheiro é cogitado nas discussões de controle social onde uma parcela defende a remuneração, mas outra defende o trabalho voluntário. Esta atividade exige muito tempo para reuniões, trabalho em comissões, visitas de fiscalização. Portanto, a maioria das pessoas não tem essa disponibilidade para participar, como destaca o conselheiro a seguir. Na pesquisa, segundo identifiquei alguns conselheiros usuários exercem atividades por conta própria e deixam de ganhar algum dinheiro para participar das atividades do Conselho. Entre os participantes, os aposentados e os funcionários públicos são os que dispõem de mais tempo para participar.

[...] tem uma série de coisas que tomam bastante o tempo e como a função de conselheiro ela não é uma função remunerada, ela é uma função voluntária. Então vem aquele conflito de não poder estar a todo momento. Porque você também tem a sua vida pra cuidar, você tem uma família pra responder por ela, mas de um modo geral eu me sinto com muita responsabilidade, eu não estou ali decidindo por mim, eu estou ali em parte, decidindo pela grande população de Fortaleza, aquela população mais carente que realmente ocupa os espaços públicos para atendimento de saúde (Usu. H).

Alguns entrevistados destacam o sentido da participação como luta para garantir o bem da comunidade. Isto representa uma noção de coletividade e constitui uma característica daqueles representantes oriundos de movimentos comunitários. Já os representantes de segmentos específicos e de categoria profissional têm a tendência de apresentar uma visão mais focada na defesa do segmento por eles representado. A entrevista a seguir demonstra isso e também argumenta como inicialmente foi difícil se ausentar do trabalho para participar do Conselho:

Eu estou achando uma experiência muito boa. Inicialmente, eu confesso, foi um pouco constrangida pelo fato de eu tá abandonando o meu trabalho e a preocupação pelo fato de eu estar ausente, mas depois eu pude perceber que eu poderia ajudar aquele segmento ao qual eu represento de maneira assim bastante contundente e à medida que as reuniões foram acontecendo e que eu fui estudando e entendendo como funciona o Conselho e tudo mais [...] porque às vezes as pessoas esquecem daquele segmento que não tá diretamente representando e que não trabalha diretamente com ele. Então eu acho importante a participação no Conselho e estou gostando bastante. (Usu. A).

A conselheira seguinte fala do peso dessa experiência de participação. Ela tem uma visão muito crítica do funcionamento do conselho e justifica seu desencanto pela não participação efetiva na construção da política, a fragilidade do poder do Conselho e principalmente as dificuldades do exercício da democracia no interior do Conselho:

[...] eu me sinto como um peixe fora da água por conta dessa estruturação do Conselho, quer dizer, você vai se pronunciar, vai dar um parecer, uma sugestão, eu não me sinto muito bem não [...] da não participação efetiva, da construção das políticas. [...] mas é muito limitada, aquela coisa assim amarrada [...] poderia ser uma coisa mais democrática. [...] a limitação da gente também. [...] não sou muito de estar falando, me expressando toda hora [...] você vai dar uma opinião, você é logo cortada, você é logo interpretada diferente, às vezes eles são agressivos na fala, tanto a mesa diretora como o outro. [...] eu não posso perder a esperança, eu não quero perder a esperança, mas a sensação é que é preciso tomar outros rumos [...]. Porque ali a minha contribuição tem sido pouca [...] Eu acho que é uma instância muito bem escrita, eu acredito, o pior, é isso que eu acredito, que é uma instância de poder, mas um poder fragilizado (Pre. S. R).

Como evidenciam as falas dos entrevistados, as práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde têm significados diferenciados para os sujeitos e são condicionadas pela cultura política local. Cada sujeito constrói uma forma própria de se expressar. As práticas apresentam-se de diversas formas, como crítica, reivindicação, reclamações, denúncias, sugestões. Na arena do Conselho, vários interesses se confrontam e as disputas pelo poder em determinados momentos dominam a cena, dificultando as articulações e negociações,

instrumentos da ação política que podem ser utilizados para a construção de consensos que façam avançar a garantia universal e integral do direito à saúde .

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, as lutas pela democratização desenvolvidas pela sociedade civil brasileira buscaram conquistar, além das liberdades civis e políticas subtraídas pelo regime militar, a universalização dos direitos sociais. Estas lutas tiveram entre seus protagonistas os novos sujeitos sociais (SADER, 1995) que emergiram na cena pública reivindicando o direito a ter direitos.

Um dos coroamentos desse processo foi a promulgação da Constituição de 1988, que ficou conhecida como a Constituição cidadã. O direito à saúde foi um dos direitos sociais estabelecidos na nova Carta constitucional, a ser garantido pelo Sistema Único de Saúde orientado pelas seguintes diretrizes: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; atendimento integral; e participação da comunidade.

Com a Lei Orgânica da Saúde foram estabelecidos os parâmetros para operacionalização das diretrizes constitucionais. Nela, conforme definido, a participação da comunidade deve ser exercida por meio de conferências e conselhos de saúde em cada instância governamental. Os conselhos devem atuar na formulação e controle da política de saúde, seu caráter deliberativo deixa claro o sentido da participação como participação política na tomada de decisões.

Apesar da participação da comunidade no SUS ser uma conquista da sociedade, sua implementação por meio dos conselhos se desenvolveu de forma contraditória, num processo de conquista e outorga. Na maioria dos municípios brasileiros, a criação dos conselhos obedeceu a uma imposição governamental, pois só receberiam recursos federais para a saúde os estados e municípios onde houvessem conselhos organizados. Desta forma os gestores estaduais e municipais exerceram um protagonismo muito grande na criação dos conselhos de saúde.

A longa história de autoritarismo na sociedade brasileira, a repressão violenta aos movimentos de contestação da dominação, a pouca tradição de participação e a cultura política têm se colocado como fatores dificultadores da participação. Nesse sentido, o presente estudo pretendeu analisar as práticas de participação no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e sua interface com a cultura política local.

Para isto, parti de alguns pressupostos: Os conselhos de saúde representam uma nova institucionalidade, em virtude da sua constituição ser estabelecida legalmente, contar com a participação de novos sujeitos políticos – os usuários – que trazem novas demandas aos serviços de saúde e suas práticas serem orientadas pelos valores democráticos provenientes dos movimentos sociais. Esses conselhos fazem parte da esfera pública, a qual, com o processo de democratização, se amplia com novos canais de participação para o exercício da democracia e da cidadania. E por último, o espaço do Conselho acaba sendo um dos lugares onde se confrontam a cultura política tradicional e a nova cultura democrática.

No desenvolvimento do projeto, a problematização do objeto permitiu-me formular algumas questões, a exemplo de: Qual o entendimento dos conselheiros sobre as recentes mudanças pelas quais vem passando o país e sobre as categorias que orientaram o estudo: participação, democracia e política? Quais os elementos constitutivos da cultura política local? Como a cultura política condiciona as práticas de participação? E como se confrontam a cultura política tradicional e a cultura política democrática no interior do Conselho de Saúde?

Nas falas de todos os conselheiros entrevistados, o país vem passando por mudanças e eles as identificam com a democracia, ou com algum outro elemento associado diretamente a ela, como a conquista da participação e a consciência dos direitos. O principal significado surgido nas várias entrevistas sobre a democracia está relacionado à liberdade, principalmente de expressão e de imprensa, já considerada por muitos uma conquista das últimas décadas, e

percebida tendo como referência os anos da ditadura militar. Como constatei, a maioria dos entrevistados possui mais de 40 anos e, portanto, a ditadura foi uma vivência concreta para eles.

Conforme evidenciado, embora a liberdade de expressão seja um valor para a maioria dos conselheiros, é insuficiente para alguns, e estes denunciam a grande desigualdade social existente, por isso, no entendimento deles, o país não é democrático. Tal significado vem corroborar as concepções de determinados teóricos (WEFFORT, 1992; BAQUERO, 1994) segundo os quais a grande desigualdade social do nosso país se constitui num dos obstáculos para a consolidação da democracia entre nós.

Outro significado de democracia é aquele que a associa à conquista e à consciência dos direitos, com destaque para o direito à saúde. Eles se referem à conquista formal, mas constata a distância entre as definições legais e a prática cotidiana dos serviços de saúde. Este aspecto vem confirmar as expectativas de alguns conselheiros em relação a uma das dimensões da democracia, isto é, proporcionar maior igualdade social. Quanto à consciência dos direitos, aqueles conselheiros que convivem cotidianamente com a população mais pobre, com dificuldades de acesso a serviços públicos suficientes e de qualidade são unânimes em afirmar que nesta parcela da população apenas uma minoria tem essa consciência, confirmando outra pesquisa por mim desenvolvida (OLIVEIRA, 1996) e a de Carvalho (2002b).

Além disso, a não observância do princípio da lei, as dificuldades dos mais pobres de terem acesso à justiça, a impunidade e a corrupção são identificadas por muitos entrevistados como algumas das deficiências da democracia brasileira. Um usuário chega a afirmar que a justiça é o pior câncer do país. Essa analogia é significativa, pois o câncer vai provocando mutações nas células, deteriorando a vitalidade do organismo, e em casos graves tira a esperança de vida do indivíduo e a própria vida. A igualdade perante a lei é um dos pilares do

Estado Democrático de Direito e este se encontra bastante deteriorado. No entanto, na opinião de um dos entrevistados, essas dificuldades não devem desestimular a população a buscar as instituições jurídicas e policiais, porquanto só com a pressão da população elas funcionarão.

Os teóricos contemporâneos da democracia propõem uma definição mínima de democracia (BOBBIO, 2000) como sendo o estabelecimento de regras para orientar a competição política entre as lideranças, pelo voto dos eleitores. Democracia como método para a escolha dos governantes é o sentido menos referido pelos entrevistados. Apesar de muitos entrevistados associarem a conquista da democracia ao aumento da participação, é minoritário o sentido de participação política, o que torna a democracia participativa como um desafio a ser perseguido, pois muitos sujeitos que no presente estão tentando exercitá-la ainda não têm clareza do seu significado.

Nos aspectos formais da democracia, a sociedade brasileira avançou: temos eleições gerais, partidos políticos, congresso, garantia formal de direitos civis, políticos e sociais. Todavia, a desigualdade social é profunda. O Brasil é um dos países com a maior concentração de renda do mundo, e aqui também o princípio da lei tem pouca efetividade, constituindo-se, portanto, em obstáculos para a consolidação democrática.

Como é notório, as lutas pela democratização incluíam as reivindicações das liberdades e garantias individuais, direitos políticos e também os direitos sociais. Nesta pesquisa, a falta de efetividade de direitos básicos, entre estes, a saúde, em quantidade e qualidade suficientes para atender a população brasileira, é citada por vários entrevistados como uma das manifestações de que não temos uma democracia plena. Por isso, eles ressaltam a necessidade da participação da população para continuar a luta pela garantia desse direito.

A sociedade e o Estado brasileiro não se democratizaram. Predominam as relações hierárquicas, a discriminação, o preconceito. Além disso, o patrimonialismo, o clientelismo e

a corrupção têm forte influência nas relações entre o Estado e a sociedade e os atores políticos não incorporaram os valores democráticos, permanecendo uma tensão entre renovação e continuidade das práticas institucionais. E isto ficou evidenciado na análise das práticas de participação no Conselho de Saúde, tanto na relação entre seus membros como destes com a administração municipal.

Nesse estudo, o entendimento sobre a política também foi um significado inv estigado. A maioria dos entrevistados tem uma imagem sobre a política como responsável pela condução dos destinos do país e pela proteção da população, principalmente dos mais pobres. No entanto, as formas hegemônicas de fazer política provocam um mal -estar, uma decepção com a política. Eles percebem como os políticos estão submetidos à lógica de mercado na competição pelo voto dos eleitores e que, depois de eleitos, a maioria defende mais os interesses particulares, de grupos econômicos do que os interesses coletivos. Alguns se sentem, juntamente com a população em geral, responsáveis pela situação descrita. Conforme mencionam, a freqüente ocorrência da corrupção acaba por naturalizá -la. Embora constatem a necessidade de mudar toda esta realidade, alguns acreditam que a mudança só será verdadeira se vier de baixo, da participação consciente da maioria da população.

Muitos especialistas consideram os partidos políticos como uma das instituições mais importantes de uma democracia. Todavia, o Brasil não tem tradição partidária (SANTOS, 1993), e o personalismo é um dos traços da nossa cultura política . Desse modo, o eleitor vota na pessoa e não no partido. O fim da guerra fria e a hegemonia da globalização capitalista, a partir do paradigma neoliberal, têm provocado indistinção entre os partidos políticos que abdicam dos programas partidários em favor da administração da crise do capitalismo e de campanhas personalistas. Ademais, segundo alguns entrevistados, a falta de distinção entre os partidos políticos e o voto na pessoa, sem considerar o partido, constituem outra fragilidade da democracia brasileira.

O entendimento dos conselheiros entrevistados sobre a participação possui pontos comuns, como por exemplo: a constatação de ter aumentado a participação, nos últimos anos, embora ainda seja insuficiente, sobretudo entre a parcela da população mais pobre, ou seja, a maioria, que dificilmente consegue influenciar e muito menos participar da tomada de decisões sobre os assuntos da coletividade. Eles apontam a predominância dos interesses pessoais como os principais motivadores da participação. Segundo afirmam, as lideranças comunitárias vivenciam o conflito entre os interesses particulares e os coletivos e muitos cedem às pressões clientelistas dos políticos profissionais e dos governos na hora de negociar projetos comunitários e apoio para as campanhas eleitorais. Muitas dessas lideranças são intermediárias no repasse de serviços públicos, como se fossem favor, reforçando o clientelismo e dificultando a formação da noção de direito de cidadania.

As iniciativas dos governos de promoverem articulações entre a ação governamental e os movimentos populares são identificadas pelos entrevistados como estratégias de cooptação dos movimentos. Estas estratégias dos políticos e dos governos para cooptar a participação popular por meio de projetos comunitários e manipulá-la de acordo com seus interesses têm-se colocado como instrumento de controle social da população pelo Estado, pois os grupos organizados concentram suas energias no gerenciamento desses projetos, muitas vezes sem uma visão crítica que possa estar identificando esses mecanismos. Com isso reduzem a ação política possível de contribuir para mudar o *status quo*, passam a trabalhar para manter esses políticos no poder, acreditando que estarão contribuindo para a continuidade desses projetos e/ou garantindo seus interesses pessoais. E ainda têm contribuído para a perda de identidade das lideranças comunitárias e a corrupção.

Para a maioria dos entrevistados, a participação política é identificada apenas como participação eleitoral. E ainda assim esta participação é profundamente marcada pela cultura política tradicional, sujeita a manipulação política, troca de votos por favores e até sua

compra. A participação na tomada de decisões sobre os assuntos de interesse da coletividade é pouco referida pelos entrevistados. As expressões mais presentes da participação são a crítica, a denúncia e a reivindicação. Durante a pesquisa não identifiquei, entre os conselheiros, nenhuma iniciativa que tentasse ultrapassar estas práticas.

A globalização tem acelerado o domínio da lógica de mercado em todos os âmbitos da ação social individual e coletiva. Desta forma, a competição, o individualismo e o consumismo têm se tornado elementos que dificultam a participação.

Segundo observei, a cultura política local retratada pelos entrevistados como domínio do clientelismo, uso dos serviços públicos para fins eleitorais, corrupção, autoritarismo, personalismo, predominância de interesses particulares, contrasta com os valores que eles verbalizam como importantes nas relações políticas. Destes, os mais referidos foram os seguintes: em primeiro lugar a ética e a honestidade, seguidos pelo respeito, compromisso e responsabilidade. Contudo, esse discurso dos conselheiros sobre os valores considerados essenciais na esfera pública em alguns momentos entra em contradição com as práticas de participação no interior do Conselho de Saúde.

O relato dos conselheiros sobre a situação da saúde no município apresenta algumas das dificuldades vivenciadas cotidianamente pelos usuários do SUS para ter acesso aos serviços públicos em quantidade e qualidade adequadas às suas demandas. O desrespeito aos usuários e atitudes autoritárias de funcionários que usam a coisa pública como coisa privada, longas filas de espera, a falta de profissionais, de medicamentos e de ações preventivas e de promoção da saúde são as marcas dos serviços de saúde, no município, no período estudado. Como evidenciado, as denúncias dos conselheiros e as várias ações da Promotoria de Defesa da Saúde Pública expressam a gravidade da situação. E mesmo nesse contexto, as práticas de participação dos conselheiros restringiram-se a denúncias, reclamações e reivindicações no

espaço próprio do Conselho, chegando ao máximo ao encaminhamento de algumas denúncias ao MP.

As práticas de participação também se expressaram como disputas internas pela direção do Conselho, marcadas pela cultura política tradicional, evidenciada pelo não cumprimento das regras estabelecidas democraticamente, representadas no regimento interno. Outro aspecto da cultura política tradicional pode ser identificado pelo autoritarismo e cooptação nas relações entre o poder público municipal e os representantes da sociedade civil e a desconsideração do poder deliberativo do Conselho.

O desprestígio do Conselho Municipal de Saúde é identificado pelos conselheiros na ausência de representantes governamentais às reuniões plenárias do Conselho, de algumas entidades de profissionais e de usuários, como também pelas precárias condições do local de funcionamento das reuniões. A definição das entidades que devem compor o Conselho por decreto municipal restringe as possibilidades de representação, impede sua renovação e dificulta a efetividade da paridade.

No período da pesquisa, o cumprimento de um papel formal e burocrático foi o que marcou a atuação do CMS. O caráter conciliador apontado por alguns conselheiros, e de certa forma complacente com a administração municipal, não favoreceu o avanço da participação e do controle social no município. Essa marca contraria uma história não muito antiga de luta dentro do Conselho, quando em 1997 a maioria dos conselheiros se organizou para formar uma chapa para concorrer à direção deste, em oposição ao gestor. Naquele momento, a luta democrática foi vencida pelo autoritarismo e a prepotência da administração municipal. A não consolidação dessa estratégia acabou abrindo espaço para uma postura burocrática do Conselho, que seguiu sem oposição explícita até 2002.

Além do cumprimento do papel burocrático, constatei personalismo e centralização na condução dos trabalhos; falta de respeito às regras democráticas, como eleições periódicas,

renovação do quadro de conselheiros, marcas da cultura política local. Entretanto, esse quadro não permaneceu sem resistências por muito tempo. Os opositores a esta situação tentaram organizar uma chapa para concorrer às eleições para a mesa diretora, mas, conforme avaliaram, a correlação de forças era desfavorável e decidiram por uma composição. Esta, na visão de alguns conselheiros, foi um erro que possibilitou a continuidade da situação então questionada.

As disputas internas pela direção do Conselho foram os eventos privilegiados que permitiram perceber com mais clareza o confronto entre a cultura política tradicional e a cultura política democrática, e como a primeira condiciona as práticas de participação no interior do Conselho. Até a emergência da crise de janeiro de 2005, as disputas políticas apareciam como questões pessoais e não saíam da sombra para serem discutidas. Mas a referida crise se manifestou com tal intensidade que correspondeu à relação amigo -inimigo e dividiu os conselheiros em dois grupos, os quais passaram a arregimentar forças para o combate. A crise revelou outras dimensões dos sujeitos. Estes, ao proferirem seus discursos favoráveis ou contrários à situação vivenciada pelo presidente, também se revelaram e vocalizaram determinados valores, ora identificados com a cultura política tradicional, ora com a cultura política democrática.

Não foi a força do melhor argumento que venceu a disputa política no interior do Conselho, pois havia uma hegemonia dos discursos mais sintonizados com os valores da cultura política tradicional, sem respaldo na ética e na democracia. Os sujeitos políticos que defendiam o respeito aos dispositivos legais e a ética tiveram de recorrer à tutela do MP para solucionar o impasse. Mesmo assim, sem uma posição sobre o fato, a destituição de toda a mesa diretora, num primeiro momento, representou uma vitória parcial das forças dominantes dentro do Conselho. No entanto, a convocação de eleições para todos os representantes das entidades e o argumento de fazer cumprir as normas vigentes, não permitindo a recondução de

conselheiros com mais de dois mandatos consecutivos, acabaram sendo aceitos pela maioria e conseguiram recompor o Conselho sobre novas bases, a partir de uma composição negociada da mesa diretora.

Inegavelmente, a cultura política tradicional ainda é um condicionante poderoso das práticas de participação. Em vários depoimentos ao longo dessa pesquisa pude constatar isso. Como observado, as regras formais da democracia como eleições, alternância no poder, respeito às normas que orientam as relações entre os conselheiros e as deliberações do Conselho nem sempre são cumpridas. O Conselho é um microespaço de poder onde os poderes se reproduzem, não só como conformismo, pois há muitas resistências e essas resistências é que apontam para as transformações da cultura política local.

As expectativas criadas pelo movimento da Reforma Sanitária em torno da participação da comunidade na deliberação sobre a política de saúde não levaram em conta a força da cultura política tradicional que continua condicionando as práticas de participação, não só dentro dos conselhos de saúde, como também nos espaços dos movimentos sociais e comunitários, como foi destacado por alguns conselheiros. Os estudos que analisam estes elementos são importantes no sentido de apontar os limites e possibilidades da participação na realidade brasileira.

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

Apesar de alguns conselheiros relatarem seu desencanto com a participação nos conselhos de saúde, pelo fraco poder deliberativo e pelas práticas pouco democráticas, outros

destacam sua importância para garantia dos interesses da coletividade relacionados à política de saúde.

A participação nos conselhos de saúde é um processo de conquista cotidiana que reflete os dilemas e contradições da sociedade brasileira, mas é fundamental a continuidade da luta para sua efetivação. As práticas de participação contribuem para a constituição de sujeitos políticos que se formam no exercício da democracia e da cidadania, construindo uma nova realidade.

Toda pesquisa deve cumprir uma função social, no caso, lançar luzes para compreender os fenômenos, contribuindo com novas perspectivas de análises. Deve, sobretudo, retornar para os sujeitos da pesquisa. Que o retorno desse estudo para o espaço do Conselho possa provocar reflexões capazes de aprofundar o conhecimento dos conselheiros sobre a cultura política tradicional e a cultura política democrática, e venha a favorecer uma transformação das práticas de participação oriundas da primeira para conquistar uma ação política qualificada que faça avançar a democracia política, social e como relação social entre os cidadãos e o Estado e dos cidadãos entre si.

Espero, também, que os temas aqui estudados possam ser incluídos nos conteúdos das capacitações para conselheiros a fim de contribuir para desvelar a cultura política tradicional e fortalecer as crenças e os valores democráticos, fazendo avançar as práticas de participação.

REFERÊNCIAS

ABU-El-Haj, Jawdat. **A mobilização do capital social no Brasil**: o caso da Reforma Sanitária no Ceará. São Paulo: Annablume, 1999. 234 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Beneficiários de planos de saúde 2005**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2005.

AMMANN, Safira Bezerra. **Participação social**. 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980. 133 p.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez: UNICAMP, 1995. 155 p.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2001. 352 p.

_____. **Entre o passado e o futuro**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 348 p.

ARROYO, Miguel G. **Da escola carente à escola possível**. São Paulo: Loyola, 1986.

ASSIS, Marluce M. A. **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde**. Feira de Santana: UEFS, 2003. 14 p. Mimeografado.

ASSIS, Marluce M. A.; VILLA, Teresa C. S. **O controle social e a democratização da informação**: um processo em construção. Feira de Santana: UEFS, s/d. Mimeografado.

AVRITZER, Leonardo. Cultura política, atores sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para a democracia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 28, p. 109-122, 1995.

_____(Coord.). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994. 308 p.

BAQUERO, Marcello. Cultura política participativa e desconsolidação democrática. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo v.15, n. 4, p. 98-104, 2001.

_____. Partidos e cultura política na América Latina: uma combinação de instabilidade política? In: _____ (Org.). **Desafios da democratização na América Latina**: debates sobre cultura política. Porto Alegre: UFRGS: Centro Universitário La Salle, 1999.

_____. (Org.). **Cultura política e democracia**: os desafios das sociedades contemporâneas. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

BARREIRA, Maria do Socorro Chagas. A intervenção planejada e o discurso da participação. In: BRAGA, Elza Maria Franco; BARREIRA, Irllys Alencar Firmo (Coord.) **A política da escassez**: lutas urbanas e programas sociais governamentais. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha: Stylus Comunicações, 1991. p.77-109.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 207 p.

_____. Política. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1991. p. 954-962.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2005.

_____. 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 de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2005.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselhos Comunitários da Previdência Social. Decreto n. 92.701 de 21/5/1986. Portaria MPAS n. 3.782 de 17/6/1986. **Instruções gerais**. Brasília: MPAS/CCS, 1986. 18p.

CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 81 -90.

CARDOSO, Sergio. Que república? Notas sobre a tradição do “governo misto”. In: BIGNOTTO, Newton (Org.). **Pensar a república**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 27 -48.

CARVALHO, José Murilo de. **A formação das almas: o imaginário da república no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 166p.

_____. Cidadania na encruzilhada. In: BIGNOTTO, Newton (Org.). **Pensar a república**. Belo Horizonte: UFMG, 2002b. p.105 -130.

CARVALHO, Rejane Vasconcelos Accioly de. **Transição democrática brasileira e o padrão midiático publicitário da política**. Campinas: Pontes; Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1999. 268p.

CASTRO, Ieda M. N. de. **Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza : saberes em confronto público: desvendando uma dimensão educativa**. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999. 198p.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 179 p.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 225-244.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60 p.

_____. **Cadastro de Conselhos**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

_____. **Resolução 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

_____. **Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1993.

CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991. 184p.

CORREIA, Maria Valéria C. **Que controle social**: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 164p.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, 1998.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Democracia como valor universal**: notas sobre a questão democrática no Brasil. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

_____. **Gramsci**. Porto Alegre: L&PM, 1981. 232p. (Fontes do Pensamento Político; v. 2).

CRUZ, Sebastião Velasco e. As peripécias do quatro na política brasileira. **Lua Nova**, n. 64, p. 39-45, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.103-115.

_____. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

DAHL, Robert A. **Poliarquia**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. 234p.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 100p. (Coleção Primeiros Passos, 104).

DELACAMPAGNE, Christian. **A filosofia política hoje**: idéias, debates, questões. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001. 211 p.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 176p.

DÍAZ BORDENAVE, Juan E. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 84 p. (Coleção Primeiros Passos, 95).

ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 40/41, p. 193-215, 1997.

ESMERALDO, Gema Galgani S. L.; SAID, Magnólia Azevedo. O Conselho Cearense de Direitos da Mulher/CCDM: espaço de interlocução entre as demandas dos movimentos de mulheres e o Estado. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 229-277.

FAORO, Raimundo. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 7. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987. v. 1 e 2.

FERNANDES, Adelita Neto Carleial et al. Movimentos sociais urbanos em Fortaleza: trajetória de um novo sujeito social. In: BRAGA, Elza Maria Franco; BARREIRA, Irllys Alencar Firmo (Coord.). **A política da escassez**: lutas urbanas e programas sociais governamentais. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha: Stylus Comunicações, 1991. p. 39 - 75.

FIORI, José Luis. **Aos condenados da terra, o equilíbrio fiscal**: neoliberalismo e políticas públicas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1996. 30p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 137).

_____. **Debate sobre o ponto crítico/consenso de Washington x apartheid social**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994. 71p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 90).

FORTALEZA. **Decreto Municipal 8.417**, de 5 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a estrutura e atribuições do Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município. Fortaleza, 7 dez. 1990.

_____. **Lei Municipal 8.066** de 8 de outubro de 1997. Reestrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Fortaleza, 17 out. 1997.

_____. **Lei Municipal 8.092**, de 21 de novembro de 1997. Altera a Lei 8.066 de 8 de outubro de 1997, que reestrutura o Conselho Municipal de Saúde, na forma que indica e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Fortaleza, 11 dez. 1997.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 382p.

GÉNÉREUX, Jacques. **O horror político**: o horror não é econômico. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 144p.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 272p.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. 120 p. (Coleção Questões de Nossa Época; v.84).

_____. **Educação não-formal e cultura política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001b. 120 p. (Coleção Questões de Nossa Época; v.71).

_____. **História dos movimentos e lutas sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001c. 213p.

_____. **Movimentos sociais e educação**. São Paulo: Cortez, 1992.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 428 p. v. 3.

_____. **Concepção dialética da história**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984a. 339 p.

_____. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984b. 444 p.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 15-39, 2004.

_____. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: ABRASCO, 2005. p. 225-238.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1988. Tomo II.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1992. 349p.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989. 121p.

HOLANDA, Sergio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 220p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros: gestão pública 2001**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. de 2005.

JACOBI, Pedro. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 2002. 156p.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. Sobre associativismo, desigualdades e democracia . **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 53, p.131-142, 2003.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto**. 4. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1978. 276p.

LECHNER, Norbert. Os novos perfis da política: um esboço. **Lua Nova**, São Paulo, n. 62, p. 5-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição x consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde – 1974-1996. 1997. 302f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LIMA, Maria Regina Soares de; CHEIBUB, Zairo Borges. **Cultura política e dimensões da democracia**: opiniões e valores da elite brasileira. Rio de Janeiro: IUPERJ: IPSA, 1995. 49p.

LOPES, Valmir. Poder local e representação política: estudo sobre os vereadores comunitários e institucionais em Fortaleza. In: CARVALHO, Rejane V. A. de (Org.). **A produção da política em campanhas eleitorais**: eleições municipais de 2000. Campinas, SP: Pontes; Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2003. p. 291-318.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295p.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MAAR, Wolfgang Leo. **O que é política**. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos; v. 54).

MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe**. São Paulo: Nova Cultural, 1999. p. 35-157. (Coleção Os pensadores).

MARTINS, Carlos Estevam. Vida e obra. In: MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe**. São Paulo: Nova Cultural, 1999. p. 5-27. (Coleção Os pensadores).

_____. Vinte anos de democracia? **Lua Nova**, São Paulo, n. 64, p. 13-37, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELUCCI, Alberto. Movimentos sociais, inovação cultural e o papel do conhecimento: uma entrevista de Leonardo Avritzer e Timo Lyra com Alberto Melucci. In: AVRITZER, Leonardo (Coord.). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994. p. 183-211.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo II. (Saúde Coletiva, 4).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269 p.

MOISÉS, José Álvaro. Democratização e cultura política de massas no Brasil. **Lua Nova**, São Paulo, n. 26, p.5-52, 1992.

_____. **Os brasileiros e a democracia**: bases sócio-políticas da legitimidade democrática. São Paulo: Ática, 1995. 301p.

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos (Org.). **Participação e deliberação**: teorias democráticas e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 21-40.

O'DONNELL, Guilherme. Democracia delegativa? **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.31, p. 25-40, 1991.

_____. Poliarquia e a (in)efetividade da lei na América Latina. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 51, p.37-61, 1998.

OLIVEIRA, Francisco de. **A economia brasileira**: crítica à razão dualista. 4. ed. Petrópolis: Vozes: CEBRAP, 1981. 87p.

_____. **Estado, sociedade, movimentos sociais e políticas públicas no limiar do século XXI**. Rio de Janeiro: FASE/PIC, 1993.

OLIVEIRA, Lucia Conde de. **As relações entre Estado e população no enfrentamento da pobreza**: como essas relações se reproduzem no imaginário popular. 1996. 188p. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 161p.

PINHEIRO, Roseni. **Conselhos municipais de saúde**: o direito e o avesso. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

PINHEIRO, Roseni; DAL POZ, Mario Roberto. **Democratização e controle social na saúde**: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 32p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 109).

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Apresentação: construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação necessidade e poder. In: _____ (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 5 -7.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 304p.

RENNÓ JR., Lúcio R. Instituições, cultura política e lógica da desconfiança numa cidade brasileira. In: BAQUERO, Marcello (Org.). **Desafios da democratização na América Latina**: debates sobre cultura política. Porto Alegre: UFRGS: Centro Universitário La Salle, 1999.

RIBEIRO, Renato Janine. **A democracia**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2002. 82p.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social ou princípios do direito político**. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. p.15 -145. (Coleção Os pensadores).

RUSCHEINSKY, Aloísio. **Atores políticos e lutas sociais**: movimentos sociais e partidos políticos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999a.

_____. **Metamorfoses da cidadania**: sujeitos sociais, cultura política e institucionalidade. São Leopoldo: UNISINOS, 1999b. 284 p.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 329p.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 205p.

_____. **Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?** Petrópolis: Vozes, 1999. 182p.

SADER, Emir. Para outras democracias. 2002. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.649-678.

SANI, Giacomo. Cultura política. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1991a. p. 306-308.

_____. Participação política. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1991b. p. 888 - 890.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.39 -78.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **As razões da desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. 148p.

_____. **Cidadania e justiça**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987. 89p.

SCHWARZ, Roberto. As idéias fora do lugar. In: _____. **Ao vencedor as batatas**. 4. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1992.

SILVA, Ivone Maria F. da. **Conselhos de saúde**: construindo uma nova linguagem. Cuiabá: EdUFMT, 1998. 167p.

SOARES FILHO, Adauto M. **A experiência de regulação pública do sistema local de saúde de Icapuí-CE**: uma cidade constrói democracia. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1999.

SOUZA, João Francisco de. Educação popular para o terceiro milênio: desafios e perspectivas. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 11-36.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 55, p. 9-38, 1997.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez, 2001. 224p.

TEIXEIRA, Francisco J. S.; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996. 252p.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 91-102.

UGARTE, Pedro Salazar. Que participação para qual democracia? In: COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos (Org.). **Participação e deliberação**: teorias democráticas e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 93 -106.

VALLA, Victor Vincent (Coord.). **Participação popular e os serviços de saúde**: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1993.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular em tempos de democracia e pós - modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 63-97.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000. 133p.

VIEIRA, Márcia Jane Lopes Dias. **Novo modelo de assistência à saúde**: trajetória de implantação do Programa Saúde da Família no município de Fortaleza. 2001. 61f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

VITA, Álvaro de. Democracia deliberativa ou igualdade de oportunidades políticas? In: COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos (Org.). **Participação e deliberação**: teorias democráticas e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 107-130.

WEFFORT, Francisco. **Por que democracia?** São Paulo: Brasiliense, 1984. 133p.

_____. **Qual democracia?** São Paulo: Companhia das Letras, 1992. 165p.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social**: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002. 318p.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1. Nome
- 1.2. Idade
- 1.3. Grau de instrução
- 1.4. Profissão/ocupação
Renda familiar:
- 1.5. É filiado a algum partido político? Há quanto tempo?
- 1.6. Você tem simpatia por algum partido político?
- 1.7. Durante as eleições, faz campanha para algum candidato?
- 1.10. É filiado ou associado de outras organizações? Quais? Participa de suas atividades?
- 1.11. Participa de algum movimento social?

2. Participação como conselheiro

- 2.1. Segmento que representa Entidade
- 2.2. Fale da sua trajetória como chegou a ser conselheiro .
- 2.3. Processo de escolha
- 2.4. Há quanto tempo está no CMSF? Última recondução
- 2.5. Participa de CRS? Qual?
- 2.6. Participa de CLS? Qual?

3. Como você vê a sociedade hoje, no Brasil , e em particular, em Fortaleza?
4. O que mudou nos últimos vinte anos? E o que precisa ainda ser mudado?
5. Quais os principais problemas da população?
6. Como eles poderiam ser enfrentados?
7. O que você entende por política e qual o papel da política no mundo atual?
8. Quais os valores que você considera importantes no exercício da política?
9. O que você entende por participação?
10. Como está acontecendo a participação?
11. O que você entende por democracia?
12. Quais os principais aspectos da democracia que funcionam no Brasil e o que ainda falta funcionar?
13. Como você vê a política de saúde? E o SUS em Fortaleza? Quem decide sobre a política de saúde?
14. Qual é o papel do CMS?
15. Como você percebe a atuação do CMSF?
16. Como você analisa esses últimos acontecimentos no CMSF?
17. Como você vê os conflitos dentro do CMSF? Como você caracteriza esses conflitos e qual a origem?
19. Já tivemos a eleição de uma profissional de saúde para presidente do Conselho em 1997 Depois a eleição e reeleição de um usuário em 2001 e 2004 . Como você analisa esses acontecimentos? Como você está vendo a atual eleição para a mesa diretora do CMSF?
20. Como você se sente participando do CMSF?