

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MICROPODERES NO COTIDIANO DE UM
CONSELHO DE SAÚDE**

*Tese apresentada ao Curso de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem realizada por*

ÁGUEDA WENDHAUSEN

ORIENTADORA:

DRA SANDRA N.C. DE CAPONI

CO-ORIENTADOR:

DR THEOPHILOS RIFIOTIS

**FLORIANÓPOLIS – SC
1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MICROPODERES NO COTIDIANO DE UM CONSELHO DE SAÚDE

ÁGUEDA LENITA PEREIRA WENDHAUSEN

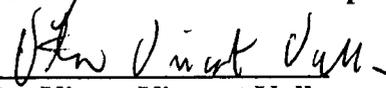
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Concentração: Filosofia da Enfermagem, e aprovada em sua forma final em 07 de maio de 1999, atendendo as normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

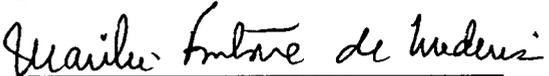


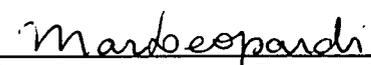
**Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Coordenadora do Curso**

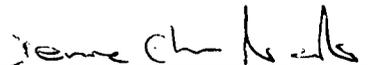
BANCA EXAMINADORA:

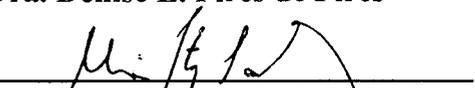

Dra. Sandra Noemi C. Caponi (presidente)

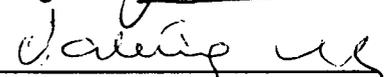

Dr. Victor Vincent Valla (membro)


Dra. Marilú Fontoura de Medeiros (membro)


Dra. Maria Tereza Leopardi (membro)


Dra. Denise E. Pires de Pires (membro)


Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha (membro)


Dra. Valéria Lérch Lunardi (suplente)

*A Renato e Francisca, meus Pais,
A vocês devo tudo que sou hoje...*

*A Jorge, meu marido,
pelo companheirismo nesta viagem... e em outras
tantas...*

AGRADECIMENTOS

A Prof. Dr^a Sandra Caponi, orientadora e companheira, por ter me mostrado um caminho teórico tão apaixonante e pela orientação precisa, conjugada a um espaço de afetividade e liberdade, que me permitiram perseguir minhas próprias idéias.

Ao Prof. D Theóphilos Rifiotis, co-orientador, por sua amizade e disponibilidade em ajudar-me a descobrir caminhos possíveis na busca de minhas respostas, conhecê-lo foi especial.

Aos Prof. D^{os} Fabian Etcheveray, Maria Helena Westrup, cujos comentários e sugestões na banca de qualificação, possibilitaram o avanço de meu trabalho

Aos membros da banca de tese, Prof. Dr. Victor Vincent Valla, Prof. Dr^a Marilu Foutoura de Medeiros, Prof. Dr^a Maria Teresa Leopardi, Prof. Dr^a Denise Pires de Pires, Prof. Dr^a Maria Itayra Padilha e Prof. Dr^a Valéria Lech Lunardi, pela disponibilidade em aceitarem fazer parte da banca de tese.

A meus Pais pela presença e apoio incondicional que têm dado em todos os meus projetos de vida

Ao Jorge, pelo companheirismo ao longo desta jornada, por acreditar em minhas escolhas e pelo tanto que significa em minha vida.

A minhas irmãs e irmãos, Renato, Vera, Teresa, Paulo, Adriana e Denise, sobretudo pela amizade que soubemos cultivar e que sempre se constitui em referência e apoio

para que continue buscando meus ideais

A minha família de Itajaí, minha sogra, Zilá, meus cunhados(as) e concunhados, Mara, Jaime, Néia, Fabrício e Adriana e a minha sobrinha Mayara, pela compreensão por minhas tantas ausências, em função do Curso de doutorado.

Às amigas de sempre Verônica Dávila, Mirian Buógo, Gladys Brodersen, Arlete Soprano, Heloisa Machado, Teresa Bauer, Márcia D'Ávila, pela certeza de sua amizade e carinho e pela acolhida nos momentos difíceis.

A todos os amigos do Doutorado, pela troca tão importante; em especial à Soledad, à Yolanda e à Valéria, pelo carinho, amizade e principalmente pela alegria e afetividade de nossos encontros.

Aos Conselheiros entrevistados, pela disponibilidade em fornecer-me as informações necessárias e à todos os outros que contribuíram de uma forma ou de outra para a concretização deste trabalho.

À Diretora do Curso de Enfermagem da UNIVALI, Prof. Telma de Figueiredo e aos colegas professores, pela torcida e compreensão de minhas ausências e silêncios durante o período de realização do curso e elaboração deste trabalho

À UNIVALI, nas pessoas de seu Reitor, Prof. Edson Vilella e Pró-reitor de Ensino Pós-graduação e Extensão, Professor José Roberto Provesi, pela oportunidade de poder realizar o curso e pela bolsa oferecida durante 3 anos.

A Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, na pessoa de sua Coordenadora Alacoque Lorenzini Erdmann e aos Professores do Doutorado em Enfermagem. Nossa convivência não poderia ser melhor

A CAPES, pelo apoio financeiro que muito contribuiu para a realização deste Curso.

“De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece”. (Foucault, 1994).

SUMÁRIO

RESUMO	x
---------------	----------

ABSTRACT	xi
-----------------	-----------

INTRODUÇÃO	12
-------------------	-----------

I - O CONTROLE SOCIAL E A MEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA: UMA ANÁLISE HISTÓRICA	25
---	-----------

1.1 - INTRODUÇÃO	25
1.2 A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO SÉCULO XVIII	29
1.3 OS DESLOCAMENTOS DO PODER NO OCIDENTE	31
1.4 MECANISMOS DE MEDICALIZAÇÃO NOS SÉCULOS XVIII E XIX	36
1.4.1 Disciplina e controle social: a anátomo-política do corpo	36
1.4.2 Corpo - Espécie: a bio-política da população	39
1.5 A FAMÍLIA MEDICALIZADA/MEDICALIZANTE	44
1.6 O DUPLO SENTIDO DO CONTROLE SOCIAL	49
1.6.1 A Construção da Subjetividade no Cotidiano dos Serviços	53

II – CONTROLE SOCIAL, RELAÇÕES DE PODER E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	59
---	-----------

2.1 INTRODUÇÃO	59
2.2 A REFORMA SANITÁRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO	60
2.2.1 A Instituição dos Conselhos de Saúde no Brasil	67
2.3 AS REDES DE PODER NA AÇÃO POLÍTICA	70
2.3.1 O Exercício do Poder no Âmbito Público e Privado	82
2.4 POR UMA ÉTICA PARA A DEMOCRACIA	86
2.5 POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DA DEMOCRACIA NA ATUALIDADE	96
2.6 PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: FACES E FORMAS	105
2.6.1 Um Breve Histórico dos Caminhos da Participação nas Últimas Décadas	105

2.6.2 Caracterização da Participação Segundo Alguns Autores.....	109
2.7 MODOS DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: ALGUMAS NOTAS	116

III – PODERES E RESISTÊNCIAS NO ÂMBITO DO CONSELHO DE SAÚDE DE ITAJAÍ..... 122

3.1 O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ.....	123
3.2 A IMPLANTAÇÃO DO COMUSA/ITAJAÍ	124
3.3 A CONSTRUÇÃO DO <i>CORPUS</i> DE ANÁLISE	128
3.4 O CENÁRIO E OS ATORES	137
3.4.1 As Reuniões	137
3.4.2 Perfil dos Conselheiros	141
3.4.3 A Dissimetria entre os Atores	146
3.5 AS CATEGORIAS DO DISCURSO	152
3.5.1 Dizeres.....	156
3.5.2 Embates	162
3.5.3 Propostas.....	165
3.5.4 Decisões	166
3.6 DISCUSSÃO	167
3.6.1 O Que Se Fala e o Que Se Cala no Conselho.....	167
3.6.2 A Voz Ativa das Resistencias	181

IV- AS LIMITAÇÕES DO “CONTROLE SOCIAL”: PAUTAS PARA UM RECOMEÇO..... 195

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 220

ANEXOS 230

ANEXO 01: QUADRO SEQUENCIAL DAS REUNIÕES DO COMUSA/ITAJAÍ – JUNHO DE 1992 A 27 DE NOVEMBRO DE 1996.	232
ANEXO 02: NORMALIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DE ALGUMAS ATAS DO COMUSA/ITAJAÍ.....	233

RESUMO

O estudo partiu da problematização do controle social requerido pela Reforma Sanitária Brasileira, cujos conselhos de saúde constituem-se em uma de suas mais importantes expressões. Tem como pano de fundo a análise histórica de Foucault e outros autores a respeito da construção de uma subjetividade medicalizada em saúde, o que, em última análise, foi decorrente de um controle social do Estado e demais instâncias sociais sobre o indivíduo. O resultado foi a crescente submissão de indivíduos e coletividades à pautas sobre as quais possuem pouca possibilidade de decisão, o que limita o exercício do controle público da saúde, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Tomando-se o caso concreto do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC, procurou-se analisá-lo localmente, buscando perceber como se expressam as relações discursivas e extra-discursivas que permeiam suas práticas, considerando-o, ao mesmo tempo, como instância de participação democrática e de exercício de poder. A análise dos dados foi realizada sobre 39 atas, somando-se duas gestões (91-96), entrevistas com alguns conselheiros, que fizeram parte do conselho naquele período, e a participação da pesquisadora, que foi conselheira durante duas gestões. A discussão teve como base os escritos de Foucault, com apoio metodológico da Análise do Discurso. Os achados mostram que a presença quantitativa dos representantes usuários não corresponde à qualidade de sua participação. O segmento governamental utiliza-se da maior parte dos espaços de fala, estabelecendo relações monológicas, baseadas na dissimetria determinada pela escolaridade, profissionalização, status social dos conselheiros e nas relações entre saber/poder presentes nas relações clientes/instituições médicas. Constatamos a presença de resistências a este poder/saber, advindas principalmente do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde. Todavia são pontuais, frágeis e desarticuladas. Os resultados levam-nos a considerar, pois, que a institucionalização da participação não garante sua efetivação e as práticas que temos podem, contrariamente, voltar-se contra a democracia, tornando-se, o conselho, um braço popular que serve apenas à legitimação das políticas governamentais. A partir desta constatação, a busca de relações democráticas baseadas em um compromisso ético, que se inicia na própria relação do indivíduo consigo mesmo e se estende ao outro, pode ser, tanto, a baliza para avaliar as relações de poder que permeiam estas práticas, como a utopia que nos move a potencializar as resistências já existentes, buscando relações de poder mais móveis, flexíveis e dialógicas.

ABSTRACT:

This study started from the issue of Social Control as set forth by the 8th National Conference on Health in 1986, Health Councils being one of its major outcomes. The background of this study lies in the historical analysis by Foucault and other authors concerning the construction of medical subjectivity in the healthcare system, which was ultimately a result of social control of the individual by the State and other social bodies. The result was the increasing submission of individuals and groups to issues over which they had little power of decision, thus limiting the exercise of public health control as recommended by the 'Sistema Único de Saúde' (the State healthcare system). This study considers the actual case of the Municipal Health Council of Itajai, Santa Catarina. It attempts to analyze it locally, seeking to determine how discursive and non-discursive relationships which permeate their practice, express themselves and simultaneously considering it as an instance of democratic participation and exercise of power. The data analysis was based on 39 different minutes of meetings totaling two administrative periods (1991 and 1996), interviews with some counselors who were part of the Health Council during that period and the participation of this researcher, herself a counselor for two terms. The basis of discussion was the works of Foucault, with methodological support from Discourse Analysis. The findings show that the quantitative presence of user representatives does not correspond to the quality of their participation. The Government makes use of most speaking turns, thus establishing monological relationships, based both on the asymmetry of power determined by the education, professionalisation and social status of the counselors, and the knowledge/power relationship that exist in the relations between clients and medical institutions. We noted the existence of some opposition to this power/knowledge relationship, mainly from users and health professionals. This opposition, however, proved to be specific, weak and non-articulated. The results led us to consider that the institutionalization of participation does not guarantee its effectiveness and the current practices may, on the contrary, become undemocratic, making the Health Council a public branch which only serves to legitimize Governmental policies. From these findings, the search for democratic relationships based on ethical commitment, which begins with in the relationship of the individual with him/herself and extends to others, may be the benchmark for evaluating the power relationships that permeate these practices. This ideal motivates us to release the full power of the existing opposition, in the search for more mobile, flexible and dialogic power relationships.

INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, é considerada um marco para aqueles que trabalham na área da saúde, momento histórico em que várias tendências de esquerda e do movimento popular tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao modelo tradicionalmente autoritário e excludente.

Naquele momento, o “controle social” fica considerado como uma conquista e como um dos elementos mais importantes deste legado, no sentido de ser a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma.

Entendido, em última análise, como a participação do usuário no controle das políticas e ações do Sistema de Saúde, esse “controle social” é objetivado, a partir de 1991, com a Lei nº 8.142/90, que prevê a formação dos conselhos federal, estaduais e municipais de saúde e a realização periódica de Conferências de Saúde, também nestes três níveis.

A institucionalização da participação na área da saúde, vem a legitimar, de certo modo, aquilo que já vinha acontecendo a partir dos movimentos sociais e, por assim dizer, potencializá-lo, proporcionando uma estrutura organizativa tal que garantisse a participação popular nas decisões governamentais e sua efetiva descentralização. De fato, os conselhos de saúde são hoje uma realidade e vêm sendo progressivamente instituídos; segundo Gerschman (apud Ministério da Saúde, 1995) em 1993, 62% dos 4973 municípios brasileiros possuíam conselhos municipais de saúde instituídos. Além disso, alguns artigos e um relatório demonstram que em alguns Municípios esses órgãos, juntamente com outras entidades ligadas aos movimentos sociais, têm participado ativamente nas decisões em saúde, embora apontem alguns problemas na consecução de seus objetivos (ABRASCO, 1993; Gerschman, 1995; Ramos, 1996; Dallari et al., 1996; Cortes, 1998).

Passados dez anos daquele momento especial, cuja possibilidade de mudanças no setor saúde reascendeu a esperança de muitos, provocando até certa euforia, especialmente daqueles que há muito trabalhavam por uma transformação nesta área, acredito ser este um

outro momento, em que podemos olhar de modo mais distanciado para a história construída e nos interrogar, tanto a respeito do que se passou naquele período, como sobre quais foram as consequências práticas das decisões tomadas e como se expressam hoje, após terem sido apropriadas pelos diversos segmentos sociais.

Considerando que as transformações se concretizam, de fato, nas práticas e saberes, possíveis a um determinado momento político, faz-se necessário olhar de forma perspectiva e histórica para os diversos discursos que se produziram, após a 8ª Conferência, sobre o controle social e perceber que limites e possibilidades aí se configuram, a partir das práticas (políticas, econômicas e sociais) que se impuseram ao longo dos dez anos; até mesmo, percebendo que a opção - institucionalização da participação - não era algo unânime entre os próprios defensores da Reforma, além de sofrer outros tipos de resistência dentro da cúpula governamental quando de sua implantação, devendo, portanto, ser encarada como um processo, com avanços, recuos e, inclusive equívocos, para os quais devemos estar atentos.

Pensando especificamente na participação da população, através dos conselhos de saúde, os quais considero de extrema importância para a consolidação da Reforma Sanitária, creio que além de avaliações quantitativas para averiguar a existência mesma destes órgãos, quantos membros possuem, quem são os conselheiros, como chegaram até o conselho, etc., seria necessário empreender outras análises que privilegiem aspectos envolvidos na questão da qualidade dessa participação. Neste sentido, questionamentos devem ser feitos e a reflexão para tentar respondê-los é urgente, sob pena de que o que foi considerado avanço sofra um retrocesso.

Assim, mesmo admitindo que a institucionalização da participação possa ser um avanço, no sentido de buscar a descentralização de espaços de poder, através da instituição de mecanismos de controle e participação popular, faz-se necessário avançar na discussão, penetrando os meandros desses espaços, a fim de olhá-los no modo como vêm se expressando hoje, isto é mapear as dificuldades e possibilidades de se instaurarem novos atores e novos poderes. Digo isto, porque concordo com Cohn (1996) quando diz que, embora a tendência seja a de considerar que a descentralização leva automaticamente à democratização da saúde, há um descompasso entre o discurso sanitário e os processos reais de descentralização, sendo preciso, portanto, examinar mais de perto as experiências dos diversos locais onde vêm sendo implantada a Reforma Sanitária.

Considerando que a paridade quantitativa entre usuários e demais segmentos nos

conselhos de saúde já é prevista em lei (50% dos representantes do Conselho devem ser usuários e 50% de serem representantes do Estado e setor saúde) - quem são esses usuários e qual é a sua representatividade? - como foram escolhidos para estar no conselho e a quem representam? - como se dá sua participação? - a essa paridade quantitativa corresponderia uma qualitativa, ou seja, há condições de igualdade na participação dos diversos segmentos? - o que tem sido reivindicado nos conselhos, em termos de necessidades de saúde? É preciso ainda que nos perguntemos, qual a representatividade e legitimidade destes representantes junto à população? Qual a visibilidade das ações do Conselho junto a comunidade? Qual a permeabilidade, em relação à demandas populares?

Enquanto participante do Conselho de Saúde no Município em que residimos, vislumbrávamos problemas para a efetivação da participação neste espaço. Nosso estudo, se encaminhava, pois, na busca de respostas a algumas dessas questões.

Posteriormente do contato com os escritos de Foucault, abriu-se uma perspectiva de análise que me pareceu inicialmente, profícua, na medida em que, sua base teórica, permitia uma apreciação das relações de poder entre os segmentos envolvidos na participação popular, pois a efetivação do controle social, numa ótica popular, depende da relação de forças, ou seja, de como os diversos segmentos sociais exercem o poder. Foi, pois, essa possibilidade aberta pelos estudos de Foucault sobre as sociedades ocidentais, mostrando que o poder não é algo que se adquire, que se detenha, mas se exerce em rede e a partir de pontos móveis, transitórios e instáveis, que me levaram a problematizar o controle social requerido pelo Movimento Sanitário. O poder só existe em ato, mesmo que se inscreva num campo de possibilidade esparso, que se apóia sobre estruturas permanentes. Em decorrência disto só existe na relação com outro ou outros, deixando sempre aberto um campo de possibilidades de respostas. “Se existem relações de poder através de todo o campo social, é porque existem possibilidades de liberdade em todas as partes” e portanto possibilidades de resistência”. (Foucault, 1987, p.127)

A partir da problematização de que as relações de força nos Conselhos são resultado de vários saberes e poderes, que o atravessam, e não somente do direito de participar instituído por lei, é que decidi pela análise de como se dá a experiência do exercício do poder e da resistência, a partir de um caso, que é o do Conselho de Saúde de Itajai/SC (COMUSA/Itajai).

A opção por estudar um caso específico e localizado, advém de minha própria opção teórica, pois só é possível tornar inteligível o exercício do poder a partir das lutas e das

estratégias, no que elas tem de capilar, nas suas formas e instituições mais regionais, principalmente no ponto em que, “ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material eventualmente violento.” (Foucault, 1993, p. 182). A partir de minha própria participação, vislumbrei a possibilidade de analisar neste nível micro, qual era o dispositivo de poder que engendrava as práticas e como ele se articula com o campo mais geral da saúde.

Todavia, considerando o controle social como a possibilidade de democratização das relações na área da saúde, de modo a tornar possível um diálogo entre desejos da população e metas governamentais, havia uma outra discussão a ser feita, anterior a esse mergulho na participação nos conselhos de saúde.

Esta discussão diz respeito à possibilidade concreta que têm as pessoas de exercerem algum tipo de poder nos diversos níveis e instâncias, que compõem o setor saúde e da relação entre os poderes na área da saúde e a produção da verdade. Se a participação efetiva, em qualquer atividade, se dá a partir de um sujeito ético e politicamente autônomo¹, compreendido aqui como alguém que pode fazer determinadas escolhas mediante argumentos razoáveis, fica difícil imaginar a possibilidade de existência desse espaço ético nas diversas instâncias de assistência e de decisão em saúde perante uma crescente medicalização da existência.

Por medicalização entende-se a introjeção gradual de padrões sociais, culturais e políticos a partir de parâmetros instituídos pela ciência médica, cuja subjetividade resultante é uma necessidade (demanda) crescente de atos médicos normalizadores e interventivos sobre a vida e a saúde. A medicalização seria, na área da saúde, um dos efeitos daquilo que o discurso sociológico chama de “controle social”. Não estamos falando aqui do sentido de controle social proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, que seria o controle público (da população) sobre as políticas e ações de saúde, mas no sentido que lhe é dado tradicionalmente pelas ciências sociais, isto é, “que uma pessoa e sua ação está de fato condicionada e limitada pelos grupos, pelas instituições e pela sociedade inteira, da qual é membro”. Neste sentido os

¹ “A palavra autônomo vem do grego: *autos* (eu mesmo, si mesmo) e *nomos* (lei, norma, regra). Aquele que tem o poder de dar a si mesmo a regra, a norma, a lei é autônomo e goza de autonomia e liberdade. Autonomia significa autodeterminação. Quem não tem a capacidade racional para a autonomia é heterônomo.” (Chauí, 1995, p. 338)

indivíduos estariam condicionados a mecanismos mais ou menos ajustados, instituídos socialmente e a partir dos quais agiriam (Bobbio e Matteucci, 1981, p. 426).²

Na área da saúde, o exercício desse controle social sobre a população, foi construído e se fez sentir a partir de várias instâncias, dentre elas, o Estado e a instituição médica, e sua consequência é a medicalização dos indivíduos e das populações. Autores como Illich (1975), Foucault (1993), Donzelot (1979), Costa (1989) e outros demonstram, através de suas obras, como a saúde, ao longo dos séc. XVIII e XIX foi sendo incorporada ao Estado capitalista como estratégia de controle sobre as populações, de modo que aspectos da existência como a alimentação, a procriação, a convivência etc., foram se tornando tanto mais normalizados, quanto esse saber ficou restrito a determinadas categorias profissionais, dentre elas a do médico. Entrelaça-se à medicalização, a mercantilização da medicina, com tendência à transformação, em mercadoria ou em dinheiro de cada parte do corpo e de cada ato relativo à vida e a saúde (Berlinguer, 1996). Visto deste modo, o controle social seria o oposto do que reivindica a Reforma Sanitária, e a ação dos indivíduos, seja em instâncias individuais e/ou coletivas, estaria, *a priori*, limitada por uma série de imposições determinadas socialmente.

Isto nos remete a refletir sobre a possibilidade de exercício do controle social, proposto pela Reforma Sanitária, seja nos Conselhos de saúde ou no cotidiano dos serviços, ou mais especificamente, pensar como têm-se dado as relações de poder/saber entre usuários e instituições/profissionais de saúde. Enfim, refletir sobre os reflexos da medicalização em nosso cotidiano.

Um primeiro ponto a colocar refere-se ao fato de que essa medicalização hoje parece constituir-se um paradoxo. Enquanto há uma preocupação e normalização excessiva de aspectos próprios da vida privada, para os quais os indivíduos deveriam agir de maneira autônoma (e cujos posicionamentos nem sempre seriam coincidentes com o saber médico), convive-se com uma insuficiência “médica” nos espaços onde ela seria imprescindível, isto é, insuficiente preparo profissional do pessoal ligado a esta área, baixos salários, péssimas condições de trabalho, falta de leitos hospitalares em determinados locais e falta de acesso de

² Deste ponto em diante, neste estudo, consideraremos o termo “controle social” a partir destas duas acepções, ou seja, podendo significar o poder ascendente da população sobre o Estado (controle social pela população), como considerado pelo Movimento de Reforma Sanitária ou, ao contrário, o poder do Estado sobre a população, o que levaria ao “disciplinamento” dos indivíduos (controle social sobre a população).

uma grande camada da população a procedimentos médicos mais sofisticados. Em outras palavras há uma intervenção excessiva e desnecessária, em certos âmbitos, em detrimento da sua urgência em momentos em que seria imprescindível e desejável.

A partir de uma perspectiva histórica, vamos constatar que existe estreita relação entre o controle social e a medicalização da existência que merece ser pontuada, no sentido de explicitar algo que os discursos em geral têm omitido e que pode colocar em risco qualquer tentativa de democratização na área da saúde, podendo o controle social ocultar uma estratégia de legitimação da ordem existente e não assumir sua função de resistência.

Um dos elementos mais importantes na transformação da vida em algo medicalizável, foi a associação conceitual entre saúde/normalidade e doença (patologia)/anormalidade. A partir daí se justificou normalização a vida de modo que se prolongasse ao máximo, que fosse produtiva ao máximo e o médico se tornou aquele que estava autorizado (socialmente) a dizer a “verdade da doença” ao doente.

A consequência dessa articulação do Estado e demais instituições sociais com a área da saúde, ao longo destes dois últimos séculos, entre outras, foi a penetração paulatina da medicina no universo social, o que possibilitou que sua intervenção se tornasse um *bem*, requisitado pelas populações, enquanto seu próprio saber sobre a vida/morte foi-lhe expropriado e transformado numa linguagem hermética e distante daquilo que considera “a sua doença”.

Relacionando esta questão da medicalização à participação nos Conselhos, Armando M. Raggio, (à época Secretário da Saúde de Curitiba), faz uma avaliação sobre os avanços, dificuldades e perspectivas dos Conselhos de saúde, em oficina de trabalho promovida pela ABRASCO (1993), dizendo que “a dimensão perigosa do controle social se inicia pelo equívoco conceitual: na sociologia controle social é o disciplinamento da sociedade pelo Estado e é o que vem se impondo através da ação dos Conselhos, já que as demandas por ampliação da medicalização da sociedade estão sendo exigidas pela própria sociedade. A associação entre medicalização e controle social resulta significativamente complexa quando é a própria população quem pode terminar legitimando a interferência e controle na vida da população “pobre”. O controle social, pela via da medicalização, pode terminar reclamando e até exigindo mais interferência e controles médico-políticos, que em outras circunstâncias poderiam ou deveriam ser rechaçados.

↳ Falando das distorções causadas pela medicalização, em relação ao desejo de obter

saúde, Berlinguer (1996) diz que, agora, para cada aspecto da saúde, a necessidade dos cidadãos volta-se para a aquisição de um bem ou o recurso de uma profissão, passando para segundo plano os fatores de saúde que dependam da escolha coletiva e de comportamentos pessoais que não sejam vendíveis.

Compartilhando da preocupação de Raggio (ABRASCO, 1993) e de Berlinguer (1996), creio ser importante lançar mão de uma análise histórica, que permita um olhar retrospectivo sobre como se caracterizou esse controle social, que permeou (e permeia) as práticas de saúde, com o objetivo de melhor avaliá-lo no presente. Parafraseando Foucault, (apud Álvarez-Uría, 1987, p.20), fazer “uma história do presente destinada a fazer mais conscientes homens e mulheres, das ataduras visíveis e invisíveis que hipotecam sua liberdade”. E tal foi o propósito, que levou-nos a fazer no Iº capítulo deste estudo uma análise histórica das práticas assistenciais, levando em consideração os saberes e poderes que as atravessam, conformando-as no modo como as concebemos hoje, ou seja, no modo como foi construída nossa subjetividade em saúde. Neste sentido, tentamos buscar a história da emergência dos jogos de verdade na área da saúde - quais terão sido as condições dessa emergência; o preço que, de algum modo se tem pago; seus efeitos sobre o real e o modo em que, vinculando um certo tipo de objeto com certas modalidades de sujeito, se constitui por um tempo, uma área e alguns indivíduos, dado o *a priori* histórico de uma experiência possível. (Morey, 1995).

Vista sob esta ótica, a participação nos Conselhos e demais instâncias de saúde, parece não depender exclusivamente da capacitação para participar, mas, também, da possibilidade de emergência de uma nova subjetividade, capaz de produzir sujeitos mais autônomos e reflexivos. A transformação dessas práticas depende da compreensão deste jogo de poderes e resistências que estabelecem a trama do social que institui e legitima o ato médico, como única forma de cuidado à saúde, e sua relação com o Estado moderno. Isto se torna importante, na medida em que eventualiza algo que temos como dado e imutável e sobre o qual só é possível reconhecer “avanços”, para torná-lo objeto de questionamento e de dúvida quanto a sua legitimidade.

Não se trata de desvalorizar o que é reconhecido, hoje, como avanço da medicina. Há evidências claras, de que este saber é operativo, pois cria possibilidades de recursos, não só para sobreviver às adversidades do meio, como também, para melhorar nossa qualidade de vida. Os poderes na área da saúde geraram positivities, cujo legado maior são saberes utilizáveis. O que questionamos aqui, é a forma absolutizada, excludente e muitas vezes

perversa, com que esse poder foi apropriado pelos diversos atores que compõem a cena da saúde, tornando-se o cliente, apenas um objeto manipulável, cujo saber é desconsiderado e renomeado em linguagem inacessível, que o alija de todo e qualquer processo decisório.

Acredito que estas mesmas representações e práticas que permeiam a área de saúde em seu nível mais privado - o das relações entre médico e paciente e/ou profissional da saúde/paciente - , tendem a expressar-se nos níveis mais coletivos como, por exemplo, nos movimentos sociais em saúde e mais recentemente nos conselhos de saúde. Aí a pertinência de estudar o tema da medicalização, pensá-lo como um ponto de partida para compreender as relações de poder que se estabelecem entre usuários e o setor saúde, sejam elas individuais/privadas ou coletivas/públicas, e suas conseqüências dentro de uma perspectiva que busque a democratização na área da saúde.

Mas havia, ainda, outros pólos a serem analisados, se tomássemos a democracia como o princípio básico de funcionamento desses canais de participação, que são os conselhos de saúde.

A institucionalização da participação no Brasil, veio no rastro de uma tendência mundial, que segundo Cortes (1996), se inicia nos anos 70, quando são criados e institucionalizados vários mecanismos participatórios, principalmente por iniciativa de governos sociais democratas, em resposta à forte demanda por mais participação direta dos cidadãos no processo político, advinda dos movimentos sociais, que têm apoio de agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Para Carvalho (1995) a idéia provém, ainda, da necessidade de defender o Estado Moderno de seus excessos, no funcionamento da máquina estatal, incluindo nos vários níveis e esferas de organização, um variado arsenal de mecanismos e órgãos de controle. Mas, as práticas de participação nem sempre estiveram próximas dos ideais que as criaram, pelo contrário, vários autores identificam as inúmeras distorções que as permeiam quando são apropriadas socialmente (Valla, 1998; Briceño León, 1998, Goudbout, 1986). Sendo assim, é necessária uma constante avaliação por parte dos envolvidos, de modo que percebam a racionalidade constante nas experiências participativas.

Normativamente, sabe-se que os conselhos de saúde deveriam ser órgãos representativos da sociedade, cuja função seria deliberar sobre as políticas de saúde do município e fiscalizar o destino da verba pública. Mas, restava-nos saber sobre o modo

pelo qual isto estaria sendo concretizado numa sociedade como a brasileira, pontuada de iniquidades e cuja tradição cultural era marcada pelo autoritarismo³. Considerando conceitualmente a democracia como o governo de todos, cuja concretude se expressa na participação dos envolvidos, seja direta ou representada, nos perguntávamos como isto estaria acontecendo no espaço dos Conselhos. Em outras palavras, nos perguntávamos: de que modo se caracterizariam as relações de poder que permeavam as práticas nestas instâncias? A suposta ruptura em relação à práticas centralizadoras de poder na área da saúde, para práticas que valorizassem relações mais igualitárias, teria de fato alcançado este âmbito? O pretendido diálogo entre necessidades da população e as instituições de saúde estaria, de fato acontecendo? Em que medida? Sob que aspectos identificáveis analiticamente?

Era visível, por exemplo, a ambigüidade do Estado, que instituiu a participação popular e, ao mesmo tempo perpetuava e incentivava a continuidade de práticas autoritárias que disciplinam indivíduos e coletividades, solapando qualquer possibilidade de efetivação deste mesmo controle. Minha prática como membro do Conselho de Saúde de Itajaí, os estudos sobre conselhos de saúde, anteriormente citados e um estudo empreendido por mim e mais dois colegas enfermeiros (Santos, Pícolo e Wendhausen, 1997), demonstravam que a mera instituição legal destes órgãos colegiados mistos, parecia não garantir, de modo automático, a possibilidade de participação dos usuários nas decisões em saúde. Além de problemas como a sonegação de informações, manipulação política, pouca clareza do que seja controle social em saúde, faltavam instrumentos que possibilitassem um olhar avaliativo sobre as ações de saúde.

Estes problemas, inicialmente levantados, compeliavam-me a buscar respostas que fossem um pouco além do que já havíamos identificado. Neste sentido, a opção pelo modo foucaultiano de análise parece-me adequada, pelo fato de que sua tentativa de captar a verdade dos discursos, se faz a partir das relações de saber/poder, isto é, dar a perceber como determinados poderes se põem em marcha e produzem efeitos de verdade (e vice-versa) e, em conjunto, constroem subjetividades.

³ Tanto Gerschman (1995), como Cortes (1998) aludem a esta característica autoritária do Estado Brasileiro como um dos impeditivos para a concretização de ideais democráticos na área da saúde, embora vislumbrem mudanças, dentre elas as trazidas pelos movimentos sociais da década de 80, que, tiveram importante parcela de contribuição na institucionalização da participação

* Vista sob este prisma, uma tal análise teria que, em princípio, abdicar de uma estratégia de análise descendente, que vai do macro ao micro, considerando o ‘Estado Moderno, como única matriz de exercício de poder sobre os indivíduos. O ‘Estado Moderno’ não se desenvolveu como uma entidade acima dos indivíduos, ignorando o que eles são e até mesmo sua própria existência, mas ao contrário, como uma estrutura na qual os indivíduos podem ser integrados sob a condição de que à sua subjetividade seja dada uma nova forma (Foucault, apud Dreyfus e Rabinow, 1995),

Vista sob este prisma, uma tal análise teria que, em princípio, abdicar de uma estratégia de análise descendente, que vai do macro ao micro, considerando o ‘Estado Moderno, como única matriz de exercício de poder sobre os indivíduos. O ‘Estado Moderno’ não se desenvolveu como uma entidade acima dos indivíduos, ignorando o que eles são e até mesmo sua própria existência, mas ao contrário, como uma estrutura na qual os indivíduos podem ser integrados sob a condição de que à sua subjetividade seja dada uma nova forma (Foucault, apud Dreyfus e Rabinow, 1995),

Devemos assim, privilegiar o nível molecular de exercício do poder e dele partir para compreender a rede de poderes que sustenta e se relaciona com o nível mais geral de poder constituído pelo aparelho de Estado. Em nosso caso, creio ser, esse tipo de análise, proveitosa na medida em que pensar a racionalidade atualmente imposta pelos serviços de saúde, especificamente em órgãos de participação coletiva, como os Conselhos de saúde, implica buscar as raízes de práticas que, tidas como naturais, perpetuam um estado heterônimo dos sujeitos em relação à saúde, o que a meu ver tem estreita relação com a capacidade de participação e o poder exercido pelos usuários no sistema de saúde e com a possibilidade de que se torne efetivamente democratizado. São os pequenos ‘fascismos cotidianos’ que vão corroendo, pouco a pouco, a possibilidade de que vivenciemos, de fato, o estado de democracia tão almejado.

Por isso a liberação de um “Estado Pastor” que protege a todos e, em troca, nos torna dependentes e submetidos, necessariamente implica que olhemos o cotidiano a nossa volta. Nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado, a um nível mais elementar, cotidiano, não forem modificados (Foucault, 1993). Isto significa que estudar o poder sempre implica buscá-lo, nas táticas, nas lutas, nas resistências que lhe são imanentes e se lhe opõem a todo o momento, suscitando novos reagrupamentos discursivos. A retomada das relações de poder e de seu confronto com

a insubmissão da liberdade é uma tarefa política incessante e necessária para inverter o jogo do poder. Foucault (1995, p. 234). sugere que, “para compreender as relações de poder, talvez devêssemos investigar as formas de resistência e as tentativas de dissociar estas relações”.

∞ Desde esse ponto de vista, a análise das relações de poder num Conselho de Saúde poderia permitir um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, quais seus pontos de inflexão, que tipo de resistências podem ali ser encontrados, qual é a topografia dos atores que lá atuam, isto é, pensá-lo como uma instância de participação, mas , também, de exercício de poder, onde uns tentam dirigir as condutas dos outros. Tais práticas de participação podem concorrer para a democratização das relações ou, ao contrário, ser um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

Constitui-se pois, o diálogo, como uma pré-condição para a instauração de relações simétricas e, portanto, democráticas, fazendo-se necessário pensá-lo numa perspectiva ética. A intolerabilidade aos efeitos perversos do poder, só pode advir de sujeitos que dêem a si mesmos a possibilidade de escolhas morais, que definam para sua existência práticas de liberdade. Seria esta articulação entre o exercício do poder e o campo da ética que dariam a possibilidade de uma conversação com o poder, no sentido de delimitá-lo, de controlá-lo, a partir de si mesmo. Enfim, uma ética que tenha o diálogo consigo mesmo e com o outro como princípio norteador das ações, sejam elas de abrangência individual ou coletiva. Há, hoje, uma tendência a que confinemos o uso da ética na área da saúde somente a “zonas de fronteira”(nascimento, morte, doença), descuidando-nos do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão e de escolhas morais, que fazemos todos os dias de nossa vida. (Berlinguer, 1996). Berlinguer tematiza estas questões como “bioética cotidiana”.

Trazendo esta discussão ética para o campo da participação nos Conselhos de saúde, percebemos o quanto é pertinente, pois esta é uma instância onde se exerce o poder, onde se fazem opções e discussões sobre o uso dos recursos em saúde, os quais, em última instância dependem das opções éticas que têm os sujeitos que estão ali. Tem a ver, também, com o cotidiano da assistência, e das comunidades, onde repetidamente os usuários se deparam com imposições de pautas, como o descaso, os mau-tratos, a negação da informação e a iniquidade. Estas situações pressupõem que a todo momento se possam fazer escolhas e são elas que, no conjunto, conformam um determinado *ethos* participativo de todos os envolvidos, que pode ter um caráter favorável ou contrário à instauração de vínculos democráticos.

Foi no intuito de melhor compreender essa intersecção entre as relações de poder, democracia participativa e a ética, é que no capítulo II nos debruçamos a estudar estes temas com mais profundidade, tendo como pano de fundo o contexto brasileiro em que se desenvolve a institucionalização da participação e dos conselhos de saúde, complementado com algumas notas do se que tem evidenciado sobre a participação nos conselhos de saúde, na visão de alguns autores .

Tendo este referencial como pano de fundo, é que no IIIº capítulo, arriscamo-nos a penetrar o universo do Conselho de Saúde de Itajaí, tentando construir o discurso presente em suas práticas, a partir de reuniões descritas em atas, durante duas gestões, de entrevistas com alguns conselheiros, de documentos relativos ao funcionamentos do Conselho de Saúde de Itajaí, e de minha própria vivência como conselheira.

A partir, então, de uma das possíveis construções da participação deste micro espaço, constatamos que há falas que calam e silêncios que dizem muito, a respeito de como se dão as relações de poder no COMUSA/Itajaí. Há, também, pontos de resistência, que se opõem, que tentam inverter o jogo de poder imposto por alguns conselheiros, que tentam submeter os outros. O que fica mais presente nos discursos é uma tendência de que através de determinados “jogos da verdade” se imponha uma topografia artilosa que por si mesma, determina o que e quem pode falar e/ou agir. Observamos, principalmente, que temos muito a aprender, se buscamos as “relações de autoridade partilhada” defendidas por Santos (1995) ou a “participação cidadã” sugerida por Campos (1996).

Finalmente, no IVº capítulo debruçamo-nos a refletir sobre os achados, partindo da diferença encontrada, entre uma requerida participação dialógica, a favor da democracia e a possível de experimentar, hoje. Percebendo suas inflexões e ao mesmo tempo, colocando-nos como sujeitos históricos e éticos, vislumbramos algumas formas de pensar a participação popular, tanto no sentido de não confiná-la somente aos espaços institucionalizados, como de fundamentá-la em uma ética solidária, que tem como referência o outro. Mais que tudo, entendemos que essa busca se inscreve em um âmbito maior que é a busca da liberdade, a que somos inevitavelmente envolvidos enquanto seres humanos, e que nos compele a fazer irrepitível o fenômeno dos totalitarismos locais. Neste sentido, é preciso que problematizemos as relações de poder existentes e as vinculações possíveis entre ética e resistência. Isso exige por sua vez um trabalho de reflexão que desenterre as raízes das “racionalidades” que estão operando no campo social e um trabalho de negação das formas de subjetivação que herdamos

e que nos foram impostas. (Foucault apud Álvarez-Uría, 1987, p. 29/30)

Pensar o direito à participação em saúde de outra forma implica, não necessariamente, em rechaçar o saber aí posto, mas sim expor sua racionalidade, relativizá-lo, democratizá-lo, poder dele discordar e reapropriá-lo de tal modo que seja consoante às escolhas morais definidas pelos sujeitos nele implicados. Por fim, a problemática aqui colocada se refere aos âmbitos da ética e da ação política e encaminham-se neste sentido minhas preocupações enquanto profissional de saúde e enfermeira que tentando contribuir para uma reflexão neste domínio, proponho o presente estudo, tendo como eixo a busca dos seguintes objetivos:

1 – Mostrar a cotidianidade de um conselho através da análise das relações discursivas e extra-discursivas e que operam nas práticas de um conselho de saúde, pensado ao mesmo tempo, como espaço de participação e diálogo e como instância de exercício de poder.

2 - Refletir sobre as possibilidades de controle social, tendo como referência uma perspectiva ética e política a, ser exercitada desde as relações mais privadas até as mais coletivas.

I - O CONTROLE SOCIAL E A MEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

O problema (...) que se nos coloca hoje não é tratar de liberar o indivíduo do Estado e do tipo de individualização que lhe é próprio. É preciso promover novas formas de subjetividade rechaçando o tipo de individualidade que se nos foi imposto durante séculos. (Foucault, 1995).

1.1 - INTRODUÇÃO

A motivação para o presente estudo emerge dos questionamentos éticos que vêm sendo colocados há algum tempo acerca dos saberes e práticas na área da saúde.

Inicialmente, para mim, como profissional da saúde, tratava-se apenas da incômoda sensação de constatar, em vários momentos de nossa prática, que ao lidar com vidas humanas em momentos de crise, o fazíamos de tal modo que os sujeitos ficavam destituídos de sua humanidade, no modo como era negada sua subjetividade e como eram alijados de qualquer possibilidade de participação em seu próprio processo de cura. Pelo “bem do paciente” era preciso “esterilizar” as relações entre profissionais/instituições de saúde e clientela, normalizar sua vida, enfim, submetê-lo às pautas prescritas. Sem percebê-lo com a devida clareza, exercíamos esse controle às expensas da perda absoluta de autonomia e autocontrole dos indivíduos sobre sua vida.

Foi, pois, na tentativa de compreender melhor como e porque as práticas se davam dessa forma, que busquei autores como Foucault, Illich, Százs e outros, cuja leitura foi aos poucos possibilitando visualizar uma imagem mais nítida acerca dos processos históricos das questões acima colocadas.

✦ Foucault nos incita a estranhar o que parece natural, a buscar na raridade do cotidiano, aparentemente banal, elementos que permitam construir um inventário que, com o esforço criativo do pesquisador, possibilite captar um recorte, por vezes, inusitado da realidade

histórica. Neste sentido, sua obra deu especial contribuição à área da saúde, demonstrando que a “epistemé”, a verdade em saúde que temos hoje como “natural”, foi construída historicamente pelos homens, suas práticas e discursos, os quais, aos poucos, vão consolidando este saber que se instaura como verdade.

Assim, observando a assistência à saúde, hoje, parece-nos evidente que só o médico e a medicina podem resolver os problemas de saúde de sua clientela; que, em última instância, o domínio sobre o corpo não pode ser do “cliente” e sim daqueles de cujo saber depende para torná-lo e/ou mantê-lo sadio. Em outras palavras, convivemos com uma **medicalização** crescente dos indivíduos e das instituições, que se expressa na máxima de que todo ato de cuidado à saúde deve passar pelo crivo daqueles que “detêm a verdade” sobre esse assunto (os médicos, principalmente, outros profissionais da área da saúde e as instituições de saúde), restando ao “paciente” conformar-se ao que lhe é prescrito, ainda que isso possa contrariar seus valores, cultura e decisões mais íntimas.

Evidentemente, é preciso que relativizemos esta crítica feita à instituição médica, principalmente por Illich (1975). Como afirma Minayo (1993), o seu *parti pris* contra o caráter dominador e totalizante da instituição médica chegou a um nível quase fóbico, no sentido de negar todo e qualquer benefício para a melhoria da qualidade de vida das pessoas; principalmente se tomamos em conta que através das disciplinas médicas há produção positiva de saberes utilizáveis, cuja aplicação se dá a partir de uma relação, de uma troca, em que, de algum modo, seus partícipes sentem-se beneficiados.

Entretanto, deixando de lado o exagero que, por vezes, colocou em cheque o crédito de sua obra, é preciso reconhecer que além de Illich ter feito importantes contribuições para reflexão sobre a assistência à saúde, sua obra acaba se tornando atual, na medida em que questiona a relação do indivíduo com a sociedade e suas possibilidades frente aos esquemas coercitivos.

Não podemos afirmar, também, que essas relações de poder ocorrem de modo totalmente consciente para aqueles profissionais e/ou pessoas envolvidas em qualquer situação de cuidado à saúde e, por certo, muitas vezes (talvez na maioria delas), advém dos próprios clientes a demanda por atos médicos questionáveis (é comum ouvirem-se queixas de clientes cujo médico não lhes receitou nenhum remédio após uma consulta). Parece que a par do poder exercido pela medicina há algo que nos faz concordar e aceitar pautas nas quais coexistem preceitos positivos, que podem nos levar ao processo de cura e a outros aprendizados e outros

que, ao contrário, podem se constituir em atos desrespeitosos às nossas decisões e, ainda, perpetuar a dependência de outrem.

κ Ao demonstrar que as práticas estabelecidas em saúde emergem graças a uma rede de relações que em determinado momento histórico faz sentido em referência a certos interesses, Foucault nos dá a possibilidade de, por um lado, repensar o que fazemos de modo automático e, por outro, de nos responsabilizarmos pelo acontecer histórico que, como sujeitos, podemos construir.

Essas práticas, ao longo de um período histórico, demarcam um certo modo de agir em saúde, uma subjetividade que, ao expressar-se como prática, com ela se confunde, a ponto de nos parecer dada, óbvia. Veyne (1995) explica que para agir basta ao homem uma consciência pré-conceptual do mundo que o cerca, não sendo necessário que o apreenda, que o explique. Assim, muitas vezes determinadas práticas “se impõem” ao homem como resultado de uma separação que não lhe permite visualizar o que as determinou. Somente uma operação intelectual abstrata permitiria compreender que as coisas não passam de objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz. É o que o autor chama de “densificação” dos objetos, cuja rarefação e estranheza permite estudá-los em detalhe, captando o que à primeira vista parecia encoberto. Focalizar a questão da saúde e suas práticas, a partir desta ótica, pode instrumentalizar àqueles que buscam uma nova consciência sanitária, consoante com os postulados de uma participação democrática em saúde.

No caso da saúde o controle exercido sobre os indivíduos foi parte de uma série de dispositivos utilizados por diversas instituições, dentre elas o Estado Moderno, para consolidar seu poder sobre os indivíduos; foi a aliança estabelecida entre várias instituições, dentre elas a aliança Medicina e o Estado, que permitiu o desenvolvimento de saberes e poderes que extrapolaram sua esfera própria de atuação, permitindo a ingerência, inclusive, sobre questões morais como, por exemplo, o casamento, a família, etc. A medicalização foi, e ainda é, um dos tantos dispositivos sobre os quais lança mão o Estado e que possibilita estender seus tentáculos sobre o que a vida dos indivíduos tem de mais privado e íntimo, normalizando-a, gerenciando-a, e ordenando-a em suas mais ínfimas instâncias.

O controle médico enquanto atua em nome de “verdades científicas” penetra em todos os âmbitos da vida política, social, econômica, moral, reforçando, no dizer de Illich (1975, p.123), os aspectos terapêuticos das outras instituições do sistema industrial e atribuindo funções higiênicas subsidiárias à escola, à polícia, à publicidade e à política.

No entanto, devemos admitir que se esta sujeição foi aceita é porque significou um ganho efetivo para melhoria das condições de vida das pessoas. Exemplos destas melhorias são apontadas por Berlinguer (1996), em relação à substituição do parto natural pelo hospitalar, a partir do que houve diminuição significativa da mortalidade neonatal e da utilização dos tratamentos médicos atuais, que permitem uma longevidade muito maior do que a que tínhamos na Idade Média.

Nosso questionamento, então, não recai sobre as positivities, inegáveis, do saber médico mas sobre a forma absoluta e desumana como são, muitas vezes, apropriadas, negando àqueles que as utilizam a possibilidade de opinar, de participar e, até, de modificá-la em seu proveito.

Outro ponto a considerar é que a medicalização crescente a que nos referimos sobreveio, não a partir da vontade de uma classe ou de um poder centralizado, único, que determina o estado de coisas com as quais convivemos hoje, mas, como vai mostrando Foucault, em decorrência de inúmeras alianças estabelecidas entre os mais diversos atores sociais, que vão consolidando ou rompendo com práticas estabelecidas em cada momento histórico.

Dentro dessa perspectiva meu objetivo neste estudo é o de situar as condições de emergência destes discursos e práticas e descrever quais os mecanismos que os legitimaram, a ponto de sentirmos a medicalização como uma necessidade.

Analisar o ponto de fuga que torna a medicina ao mesmo tempo um saber a ser investido e um poder que, apropriado pelas diversas instituições exerce um controle social sobre as populações, possibilita, ainda, uma reflexão ética, tão necessária quanto urgente, sobre nossa prática e, quiçá, o estabelecimento de projetos de reapropriação do corpo por seus verdadeiros donos - nós mesmos.

É preciso, então, a partir daí, perceber como foi possível que o controle social em saúde emergisse como uma estratégia de poder, é preciso analisar quais foram os mecanismos necessários a esta emergência e como penetram no interior dos micro-espacos, permitindo a estruturação de uma determinada forma de saber e práticas médicas associadas ao que Illich (1975, p. 150) chama de “Estado Terapêutico”.

Cabe, pois, num primeiro momento, situar historicamente o que podemos chamar de rupturas, as quais permitiram a emergência da assistência à saúde como a temos agora, e, em seguida, caracterizar os dispositivos que possibilitaram o controle social a partir do século XVIII.

1.2 A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO SÉCULO XVIII

O Renascimento constituiu-se um momento de ruptura importante em que no lugar de explicações religiosas e sobrenaturais para os fenômenos o homem toma a rédea de sua própria vida, passando a se representar como força criativa, independente, como sujeito de mudança pessoal e social⁴. Para Luz (1988, p.18) “mais do que da tematização do homem desligado do domínio dos deuses, trata-se da afirmação do homem proprietário da natureza”. Está posta aí a base do que viria a se constituir mais tarde como método científico e a racionalidade moderna, o que para esta autora terá como efeito histórico a ruptura do próprio sujeito do conhecimento, seu estilhaçamento em compartimentos: razões, paixões, sentimentos e vontade.

Esta passagem não se deu sem conflitos e sem a confluência de vários saberes e práticas que, em conjunto, constróem o social. Como, então, o cuidado com a saúde se situa nesta rede de emergências, como se dá a transformação das práticas assistenciais?

De modo geral podemos dizer que há um deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, o que se inicia no Renascimento (século XV) e percorre vários séculos (Luz, 1988). Foucault (1994a) descreve este deslocamento a partir de dois eixos importantes que são o nascimento da clínica e do hospital. Valendo-se, assim, da descrição das políticas médicas, demonstra que em relação à clínica não é o princípio de que o saber médico se forma no leito do doente, que se modifica ao longo da história, mas, sim, a rede sobre a qual esta experiência se dava, se articulava em elementos analisáveis, encontrando, por fim, uma formulação discursiva.

⁴ Segundo Szász (1971, p.32) “em consequência de certo número de desenvolvimentos históricos- entre eles contatos com culturas estranhas durante as Cruzadas, a evolução do ‘Contrato Feudal’, o crescimento do mercantilismo e de uma classe média- as pessoas se libertaram de seu secular entorpecimento e começaram a procurar respostas novas para os problemas da vida. Discutiam sobre a autoridade clerical e começavam a depender cada vez mais da observação e experimentação”.

É a partir da negativização do discurso anterior, da medicina teórica e da medicina teórica e da inauguração da clínica como templo positivo de saber que se configura esta nova formulação. A clínica, que inicialmente se constitui como especialidade, se caracteriza como especialidade, se caracteriza como saber que: 1. Deve tomar um campo nosológico estruturado; 2. passa a encarar a doença como ente; 3. deve organizar verdades já conhecidas; 4. deve ser instrutiva para professores e alunos; 5. é a prova de um saber que o tempo confirma (evolução da doença) (Foucault, 1994a).

Da organização do discurso a clínica passa a ocupar, nos últimos anos do século XVIII, o espaço hospitalar, o que lhe confere um novo status: a clínica é tomada como tema para reorganizar a medicina. É nesta mesma intersecção que renasce o hospital, agora visto como local de cura e intervenção médica.

A partir da inserção da clínica no hospital, esta é tomada como forma de pedagogia e seu desenvolvimento passa a dar uma nova disposição aos objetos de saber - o olhar do médico não somente constata, mas descobre, nomeia e classifica a doença. No dizer de Foucault (1993, p.122),

“o grande médico do asilo (...) é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente”.

Estes fatos correm paralelamente à luta pela reorganização da medicina como profissão, e este conjunto acaba por dar uma nova significação à clínica. O ato médico passa, então, a adquirir um valor que é consoante ao que vale quem o realiza, o médico, que passa a ter diferentes níveis de formação, a qual, por sua vez implica, também, a superposição das camadas sociais: médicos com saber mais prático para atender pobres e médicos cuja formação se baseia em saber teórico complementado com experiência, para ricos (Foucault, 1994a).

Neste contexto o hospital considerado até então, como “asilo de pobres” ou local “para salvação das almas”, passa a ser a “grande escola” que, financiada pelos ricos, atende pobres e transforma seu sofrimento em saber útil aos ricos. Essa transformação ocorre a partir da anulação dos efeitos negativos do hospital e sua reorganização através de uma tecnologia política: a disciplina. A introdução deste mecanismo vai possibilitar a medicalização do hospital que passa a ser local de registro, acúmulo e formação de saber. Em decorrência dessa situação

indivíduo e população constituem-se em objeto de saber e alvo da intervenção da medicina durante o século XVIII (Foucault, 1993).

Para Barison (1995), foi a universalização da atenção hospitalar e a disciplinarização dos hospitais que garantiu que cada paciente fosse continuamente vigiado, tivesse seu prontuário com registro das observações, de modo que pudessem ser reunidas em instâncias de centralização de informações para serem analisadas, o que possibilitou a emergência de um saber dos fenômenos patológicos coletivos.

Parece residir, também, aí, o ponto chave em que a medicina é apropriada pelo Estado como discurso e produção de verdades, muitas das quais até hoje nos parecem indubitáveis. Foram as relações medicina/natureza, manipulação/teorização que, apoiadas na coerência científica da clínica, na utilidade social da medicina e sua “pureza política”, puderam erigir o saber médico, até então local, em “saber múltiplo” da natureza e do conhecimento do homem em sociedade e, portanto, não somente conhecimento do visível.

É, pois, a partir desse novo discurso que se torna possível uma articulação entre medicina e Estado, através do qual ambos se potencializam, produzindo novos saberes e poderes, cujo alvo e a estratégia passa a ser, não só o indivíduo mas, também, a população.

É nosso objetivo analisar como se dá a expressão dos controles sobre indivíduo e população. Antes porém, cabe analisar as condições postas para que isto possa acontecer, ou seja, as modificações nos sistemas de poder a partir do século XVIII.

1.3 OS DESLOCAMENTOS DO PODER NO OCIDENTE

Nas sociedades monárquicas o poder era, antes de tudo, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la. A partir do período clássico, o ocidente conheceu uma profunda transformação desses mecanismos de poder: o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte. (Foucault (1985).

O poder monárquico que se caracterizava por ser descontínuo, excessivamente oneroso e predatório era inconveniente para o desenvolvimento do capitalismo. Para isso foi necessário:

1 - passar de um poder global para um poder individualizante em que cada indivíduo, ele mesmo, em seu corpo, em seus gestos, pudesse ser controlado, em vez de controles de massa;

2 - encontrar um mecanismo de poder tal que, ao mesmo tempo, que controlasse as coisas e as pessoas em seus mínimos detalhes, não fosse tão oneroso e predatório e, portanto, negativo. (Foucault, 1976).

Para Caponi (1989) este deslocamento de um poder jurídico fundado na soberania, para um poder que tende a multiplicar a vida se utilizará de novas tecnologias mais efetivas e complexas, as quais não possuem funções de extração, mas sim de incitação, de reforço, de aumento e administração daquelas forças que submete.

Na tentativa de compreender este processo histórico através do qual diversas instituições, dentre elas o Estado, exercem um poder ao mesmo tempo individualizante e totalizante é que Foucault (1995a) estuda o desenvolvimento das técnicas de poder orientadas para indivíduos e destinadas a governá-los de maneira contínua e permanente. Uma dessas técnicas advém do que Foucault chama de “modalidade pastoral de poder”, em que a figura do pastor que cuida de suas ovelhas é uma “metáfora política” transposta ao longo da história dos mais diversos modos.

Ao traçar a origem desse poder pastoral, Foucault (1995a)vai mostrando como este tema vai se distanciando do significado político que tinha para os gregos e adquire grande importância no pensamento cristão e nas instituições , sendo posteriormente integrado à racionalidade do Estado Moderno.

Neste sentido parece-nos importante destacar quatro aspectos colocados por Foucault (op. cit., p. 112), que caracterizam esse poder pastoral:

1 - o pastor deveria assumir a responsabilidade do destino do rebanho em sua totalidade e de cada ovelha em particular. Na concepção cristã o pastor deve dar conta, não só de cada uma das ovelhas, mas de todas as suas ações, de todo bem ou mal que são capazes de fazer, de tudo que lhes ocorre. Aqui o autor destaca a força dos laços morais que unem o pastor ao pastorado, os quais não se referem somente à vida dos indivíduos, mas também ao mínimo detalhe de seus atos;

2 - a obediência , que na concepção cristã deve ser da dependência individual e completa do pastor, para os cristãos trata-se de uma virtude; não é um meio para alcançar um fim (como para os gregos) , mas um fim em si;

3 - o pastorado cristão supõe uma forma de conhecimento particular entre o pastor e cada uma das ovelhas. Este conhecimento é particular, individualizado e o meio utilizado para isto é o exame de consciência e a direção da consciência;

4 - todas as técnicas cristãs de exame, de confissão, de direção da consciência e de obediência tem uma finalidade: a mortificação do indivíduo, ou seja, a renúncia ao mundo e a si mesmo, que levaria à salvação eterna.

O que Foucault (op. cit.) acaba por demonstrar é que, por uma série de razões o tema pastoral, que não se realiza de modo efetivo na idade média, acaba por tomar corpo e se desenvolver junto com a racionalidade dos Estados Modernos. Como explica Barison (1995, p.8), “na medida em que a urbanização, a transformação das relações sociais e a ampliação do acesso à *instrução fornecem condições antes inexistentes, algo muito semelhante ao poder pastoral vai tomando forma.*”

Transpondo o simbolismo do poder pastoral, o Estado se coloca no papel do “pastor” que sempre sabe o que é melhor para todos, conhece (e controla) a cada um individualmente e, em troca, aqueles a quem assiste lhe devem total obediência. Como veremos adiante este poder não se coloca como algo negativo. Ao contrário. Para que possa ser efetivo se vale de uma série de estratégias de modo que aquele sobre o qual se exerce também se sinta beneficiário. Para por em prática estas estratégias são acionadas as mais diversas instâncias sociais, dentre elas a medicina.

Para Foucault (1995a, p. 111)

“o famoso problema do ‘Estado providência’ não só não evidencia as necessidades ou novas técnicas de governo do mundo atual, mas, também, deve ser reconhecido pelo que é: uma das várias reaparições do delicado ajuste entre o poder político, exercido sobre sujeitos civis, e o poder pastoral, que se exerce sobre indivíduos vivos”.

Outro ponto que ajuda na compreensão de como os estados modernos integram processos reguladores sobre a vida das populações é o da formação da racionalidade de poder do Estado, a qual, Foucault (1995a, p.121) chama a atenção, “sempre foi reflexiva e consciente de sua singularidade. Tal racionalidade foi formulada nos corpos de doutrina “A Razão do Estado” e na “teoria da polícia”.

Enquanto a primeira tentava definir em que medida os princípios e os métodos se diferiam de outros modos de governar, a outra define a natureza dos objetos de atividade

racional do Estado, define a natureza dos objetos que persegue e a forma geral dos instrumentos que emprega (Foucault, op. cit., p. 122).

Deste modo a Razão de Estado, naquele momento, considera como arte de governar certas regras de conhecimento racional, que não obedecem a leis divinas, não necessita respeitar a ordem geral do mundo, seu objetivo é o de aumentar a potência do Estado, em um marco extensivo e competitivo, contradizendo a tradição que colocava o reforço do poder do príncipe como principal meta (Foucault, op. cit., p. 127).

Para que essa arte se efetue é necessário um saber que dê concretude às ações do Estado. Surge nesse momento o que se chamou polícia. Polícia não como a instituição que conhecemos hoje, mas como uma técnica de governar própria dos Estados: domínios, técnicas e objetivos que requerem a intervenção do Estado (Foucault, op.cit, p.135). Em resumo, é o homem vivo ativo e produtivo que a polícia vigia. Vigiar aqui com um sentido bastante amplo como veremos a seguir.

Segundo Foucault (apud Barison, 1995, p.13),

“a polícia, como tecnologia dessa nova forma de governo, surge como utopia no início do séc. XVII; cem anos após, já é uma prática, cujas regras regem instituições, mas só alcançará seu pleno desenvolvimento no final do séc. XVIII, quando se rompe uma série de bloqueios como a guerra, as agitações urbanas, a crise financeira e de provisões e outras razões de ordem institucional e mental”.

Ao analisar três documentos sobre a teoria da polícia, Foucault (1995a, p. 135) destaca a obra de Von Justi, como uma das mais elaboradas na evolução do problema da polícia, pelas seguintes razões:

1- define claramente o que considera a arte de governar: manter os cidadãos felizes - felicidade aqui entendida como sobrevivência, uma vida melhor - desenvolvendo os elementos constitutivos da vida dos indivíduos de tal modo que seu desenvolvimento reforce a potência do Estado;

2 - define a “polizei” como tarefa positiva que favorece a vida dos cidadãos e a potência do Estado;

3 - insiste na noção de população⁵ como um grupo de indivíduos que vivem numa área determinada;

4 - elabora a “Polizeiwissenschaft” que consiste, ao mesmo tempo, de uma arte de governar e um método para analisar a população que vive em um território - associação da estatística à arte de governar.

Dos outros autores, anteriores a Von Justi, Foucault (op. cit., p.131) destaca o que diz Turquet sobre o mesmo assunto. Para ele a administração da polícia é concebida como algo que abarca todos os setores do Estado, de modo que proporcione aos homens um pouco mais de vida e, ao fazê-lo, proporcione ao Estado, também, um pouco mais de força. Isto se realiza pelo controle da “comunicação”, ou seja, das atividades comuns dos indivíduos (trabalho, produção, intercâmbio, comodidades).

Como podemos observar o método da polícia é que permite ao Estado exercer um poder ao mesmo tempo “individualizante” - pela vigilância - e “totalizante”- pela disponibilidade de dados estatísticos que permitem análises sobre coletividades.

Esta retrospectiva objetivou trazer à luz alguns aspectos históricos estudados por Foucault que põem em relevo importantes temas sobre e através dos quais foi se estruturando uma rede de saberes e poderes a partir dos quais o Estado, tendo como instrumento e objetivo os indivíduos, vai estruturando uma nova subjetividade, uma nova relação dos homens com o poder.

A nova subjetividade que emerge tem na saúde um de seus pólos geradores, que através de uma série de dispositivos, vai impondo normas de higiene, atitudes e comportamentos morais necessários à nova ordem econômica imposta pelo capitalismo. Entretanto para que tais dispositivos sejam introjetados são utilizadas novas tecnologias de poder sobre os quais ela se assenta: trata-se das tecnologias de poder que agem sobre a vida - a disciplina e a população.

⁵ “a população se definia como grupo de indivíduos cujas características eram as de todos os indivíduos que pertenciam a mesma espécie. Se caracterizavam por suas taxas de mortalidade e fecundidade, estavam sujeitos à epidemias e à fenômenos de superpopulação, apresentavam certo tipo de distribuição territorial”. (Foucault, 1995a, p.137)

1.4 MECANISMOS DE MEDICALIZAÇÃO NOS SÉCULOS XVIII E XIX

Segundo Foucault (1985, p.131) as duas formas de poder, referidas anteriormente, não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. O primeiro pólo a ser formado centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos, trata-se de uma anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se forma mais tarde, na segunda metade do séc. XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte de processos biológicos. Tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população.

Serão esses mecanismos, atuando em vários níveis do corpo social e a partir de várias instituições, que construirão uma nova subjetividade, um novo homem necessário ao sistema econômico e político que vigorará doravante. Este poder, entretanto, se diferencia muito do poder de morte sobre a vida que vigorava no sistema monárquico, que era predatório e negativo. Agora ele se arma de mecanismos tão sutis e de tal positividade que a submissão fica parecendo algo urgente e natural.

Outro dado importante, é que tais mecanismos se constroem de diferentes maneiras, dependendo da inserção social dos sujeitos a quem se destinam suas demandas. Como mostraremos mais adiante, estes mecanismos são fundamentais para a discussão da construção de uma subjetividade “medicalizada”. No sentido de esclarecer esses pontos discorreremos a seguir.

1.4.1 Disciplina e controle social: a anátomo-política do corpo

O funcionamento da medicina como controle social se deu a partir de várias tecnologias, mas nenhuma tão eficaz quanto à disciplina. Foucault (1993, p. 80) nos diz que isto foi possível a partir da socialização do corpo, enquanto força de trabalho.

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política, a medicina é uma estratégia bio-política”.

Em outra de suas obras, como por exemplo “Vigiar e Punir”, Foucault (1994b), avança na discussão do disciplinamento sobre os corpos dizendo que é numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e dominação; mas, em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também instrumento político, cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Pode haver um *saber* do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento e um controle de suas forças, que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar de tecnologia política do corpo.

O transporte da tecnologia da disciplina para a área da saúde, segundo Foucault (1993), lhe confere as seguintes características:

- é uma arte na distribuição espacial dos indivíduos;
- exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento;
- é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos;
- implica registro contínuo.

Para Luz (1988), a passagem dessa tecnologia política para a área da saúde se legitima paulatinamente na modernidade, com a chegada do imaginário mecânico à medicina. O homem passa a ser visto como uma máquina animada para o qual é necessário que se construa um sistema de classificação de males específicos que podem danificar ou destruir esta máquina. Ao nível do saber o efeito seria o de transformar a medicina num discurso disciplinar sobre a doença.

O discurso disciplinar é, pois, introduzido no espaço hospitalar. Deste modo para manter a população saudável e para que o hospital seja um local de cura é preciso:

- organizar o espaço das cidades e o interior do hospital;

- manter os cidadãos/indivíduos sob controle e vigilância contínuos;
- disciplinar os corpos para que cumpram os preceitos de higiene - neste caso,

principalmente os pobres, para que não ameacem a saúde dos ricos (surgem os conceitos epidemiológicos de contágio, contaminação, flagelo, transmissão e por consequência os sistemas da “peste” e “lepra”, para contê-los).

A partir desse controle disciplinar sobre o corpo - que nasce com o exército e, de tão “eficaz” é trasladado para outras instituições como a escola e também para o hospital - é possível, ao Estado, exercer em nível macro-estrutural, um controle social amplo sobre os indivíduos que governa.

A grosso modo, pode-se afirmar que este “programa de verdade”, ainda que enfrente diversas resistências em vários âmbitos, é um programa válido ainda hoje, especialmente na área da saúde, meu objeto de análise, onde a disciplina figura, também nos tempos atuais, como uma poderosa arma de submissão e sujeição da clientela.

Uma das razões para a legitimação desta verdade, foi a concentração do saber médico, até então distribuído entre diversos elementos da população (curandeiros, boticários, mulheres e o próprio médico), na figura do médico e da apropriação deste saber pelas instituições como forma de manipulação dos indivíduos.

Illich (1975, p. 146), explica que

“antes do século XVIII a noção de intervenção biomédica era estranha. Com a Restauração se define a eliminação da doença como tarefa técnica do médico. Para o autor, se o médico, de repente, emerge simultaneamente como salvador, herói da civilização e taumaturgo, não é porque a tecnologia médica tenha provado sua eficácia, mas porque as pessoas sentem necessidade de um ritual mágico que dê credibilidade a uma busca em que a revolução política havia fracassado”.

Para Illich (op. cit.) o que houve foi uma mudança para um olhar classificatório sobre as diversas afecções ou males. Então, a doença que era olhada como sofrimento experimentado por um ser passa a ser uma dor, sinal ou perturbação mecânica descolada do ser (cliente) que a possui, ou seja, a doença existe em si mesma e independe da percepção do médico e cliente.

Neste contexto o hospital é visto como local adequado para o estudo e

comparação de casos e a introdução da disciplina neste espaço confuso possibilita ao mesmo tempo a anulação de seus efeitos negativos e a transformação da prática e do saber médico. Este deslocamento estabelece um novo sistema de poderes no interior do hospital, que passa do pessoal religioso ao médico.

Ainda como consequência disto, o saber médico, com a contribuição das disciplinas naturais, a anatomia, patologia e a cirurgia, acaba constituindo o corpo de conhecimento reconhecido socialmente e contribui para a chamada revolução científica. Há, pois, um discurso que naturaliza a doença, possibilitando a ordenação social dos indivíduos e classes sociais.

Deste modo a razão médica moderna é social, não socialista: a medicina social seja em seu projeto higienista, sanitarista ou médico-social, será uma razão subordinada em face da razão médica mais imbricada à racionalidade científica moderna, que é a disciplina das doenças e da anatomoclínica a ela ligada (Luz, 1988).

A apropriação pelo Estado deste discurso que leva, aos poucos, a um distanciamento dos sujeitos, de seu corpo passa a ser objeto de investimento do primeiro, de modo a torná-lo produtivo e útil, tanto quanto submetido e estilizado em compartimentos. Tal distanciamento, aliado ao disciplinamento, é que permite que o Estado tome as populações como objeto de intervenção como veremos a seguir.

1.4.2 Corpo - Espécie: a bio-política da população

Como já dissemos anteriormente a noção de população nasce com a teoria da polícia. Para Foucault (apud Barison, 1995, p.16) no fim do século XVIII a população torna-se o verdadeiro objeto da polícia; ou, em outros termos, o Estado deve, antes de tudo velar pelos homens enquanto população.

Este corpo que passa agora a ser visto como “espécie” é

“transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população”(Foucault, 1985, p. 131).

Tais aspectos se desenvolvem graças ao aparecimento da estatística, de uma série de controles exercidos em vários níveis e a partir de organismos econômicos, políticos e administrativos.

As conseqüências dessa transposição, que faz com que “a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos”, são apontadas por Foucault (op. cit.):

1- a ruptura no regime do discurso científico, o que na área da saúde tem como resultado a passagem de uma medicina centrada no indivíduo e seu corpo para uma medicina social que atua sobre as variáveis populacionais.

Nesse sentido, “os traços biológicos de uma população se tornam pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (Foucault, 1993, p.198). Tais dispositivos, entretanto, não estão assegurados somente pelo Estado e pela medicina, mas vêm de origem e direções múltiplas: “a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral.” (Foucault, op. cit, p.195).

2 - importância crescente da norma⁶ às expensas do sistema jurídico. Para distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade é necessário um poder que os qualifique, meça, avalie e hierarquize. As distribuições não serão feitas mais em torno da lei, mas da norma. A lei funciona cada vez mais como norma e a instituição judiciária se apoia cada vez mais em aparelhos (médicos, administrativos, etc.), cujas funções são sobretudo reguladoras (Foucault, 1985, p.135).

Considero esta transformação fundamental para compreender a racionalidade vigente na área da saúde hoje, pois foi a partir da transposição dos aspectos biológicos, tidos como “naturais” que foi possível a instituição de normas que, inclusive, extrapolam este campo - para o campo econômico, moral, político -, fazendo com que se tornem para nós urgências, sem as quais parece que não poderíamos sobreviver.

Para Luz, (1988), a medicina acaba sendo considerada social por produzir um

⁶ “Inquanto a lei impõe-se por um mecanismo de poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras e seu mecanismo fundamental é a repressão, a norma tem sua compreensão teórica explicitada pela noção de dispositivo. Este compõe-se de um conjunto de práticas discursivas e não coercitivas que agem à margem da lei, contra ou a favor dela, mas de qualquer modo empregando uma tecnologia de sujeição própria”. (Costa, 1989, p. 50)

discurso natural sobre a realidade social: o corpo do homem, seu sofrimento, sua morte através da doença. Tanto mais social na medida em que o discurso naturalista sobre o corpo doente é político em seus efeitos, contribuindo à ordenação social e econômica de indivíduos e classes sociais.

Particularmente em relação à medicina social, é interessante perceber como, aos poucos, ela deixa de ser uma medicina individualista, para tomar uma dimensão mais coletiva, tendo como objeto o corpo enquanto força de trabalho. Essa passagem é relatada por Foucault (1993) que reconstrói três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

A medicina de Estado nasceu na Alemanha, no começo do século XVIII, agrupando sob esta “ciência do Estado”, duas coisas: um conhecimento que tem por objeto o Estado e um conjunto de procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para assegurar seu funcionamento. É neste contexto que a idéia de polícia se desenvolve, chegando-se ao conceito de polícia médica cujas características são:

- ser um sistema mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte;
- ser um fenômeno importante de normalização da prática e saber médicos;
- constituir-se numa organização administrativa para controlar a atividade dos médicos;
- prever a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício de autoridade de seu saber.

Neste momento não é o corpo que trabalha que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado em seus conflitos econômicos e políticos com seus vizinhos. O que se encontra aí, portanto, é uma medicina estatizada ao máximo. (Foucault, op. cit.).

A medicina urbana aparece em fins do XVIII na França e se constrói a partir do fenômeno da urbanização, que se dá em função de razões econômicas e políticas, pelo que se torna necessária a unificação do espaço e do poder urbano, que até então não se constituía uma unidade territorial.

As revoltas urbanas tornam-se freqüentes, e nasce o que Foucault chama de “medo urbano”, que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão

se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população

numerosa demais, medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que invadem a cidade, medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que corriam perigo de desmoronar.

Dai a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana. Este poder se instaura através do modelo médico e político da quarentena que originou-se do modelo suscitado pela lepra (mecanismo da exclusão, do exílio) e o suscitado pela peste (mecanismo de distribuição dos indivíduos no espaço, sob controle e vigilância contínua) (Foucault, op. cit.).

A grande medicina que se instala na segunda metade do séc. XVIII é um aperfeiçoamento deste modelo e tem três grandes objetivos:

- 1- analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo, no espaço urbano, que possa provocar doença;
- 2- a medicina urbana tem um novo objeto que é o controle da circulação, não dos indivíduos, mas dos elementos, essencialmente da água e do ar;
- 3- organização de distribuições e seqüências ou seja, controle do saneamento básico.

A **medicina da força de trabalho**, nascida em meados do séc. XIX na Inglaterra, se caracteriza, de modo geral, pelo controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

A partir do segundo terço do séc. XIX o pobre aparece como perigo médico (revolta de trabalhadores, epidemias). Neste sentido é instituída a “Lei dos Pobres” como medida para controlar esta situação, ou seja, prestar uma assistência controlada como maneira de ajudar os pobres e satisfazer suas necessidades de saúde e, também, como um controle pelo qual as classes ricas e seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas.

Analisando estes três sistemas de medicalização da sociedade Foucault constata que embora a medicina urbana da França seja menos dotada de poder do que a medicina de estado alemã, ganha em fineza de observação na cientificidade das observações e práticas, o que permite o desenvolvimento da medicina científica do séc. XIX..

Para o autor a medicina da força de trabalho foi a que “teve futuro” pois conseguiu, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da

força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública e, por outro lado, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: a medicina assistencial destinada aos mais pobres, a medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e a medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-la. A partir desses eixos históricos Foucault procura mostrar que na verdade a medicina moderna é medicina social (e não individualizante, como costumeiramente costumamos pensar) que tem por *back ground* uma certa tecnologia de corpo social e que na verdade em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-paciente.

Para Foucault (1985) este bio-poder foi elemento indispensável ao capitalismo graças à inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e ao ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos.

É que é preciso, ao mesmo tempo um saber/poder totalizante que justifique intervenções disciplinadoras sobre toda a população e, ao mesmo tempo, um saber/poder individualizante que justifique o adestramento dos corpos e possibilite maximizar sua força e eficácia econômica. Na área da saúde isso ficou garantido pela polícia médica e pelo pólo filantrópico higienista que penetra no espaço privado da família, tornando-a dependente do ato médico e, por extensão, do Estado, ao mesmo tempo em que se torna, ela própria, um dos instrumentos mais eficazes de controle social. Tanto a disciplina, como os procedimentos de bio-poder foram utilizados por diversas instituições como já colocamos anteriormente, constituindo uma rede de malhas tão finas a que dificilmente alguém escaparia.

Elegemos aqui a família, para mostrar como este poder se expressa concretamente, a partir do dispositivo da higiene, da sexualidade, e outras entradas que possibilitaram aos médicos fazer a mediação entre família e Estado. Para que as políticas públicas tivessem êxito, era preciso que se articulassem, de algum modo, à esfera privada, garantindo sua internalização nos níveis mais elementares. A família passa, assim, a atender esta demanda, tornando-se, ao mesmo tempo objeto e agente de medicalização, como veremos a seguir.

1.5 A FAMÍLIA MEDICALIZADA/MEDICALIZANTE

Em uma profunda análise histórica da família como instrumento de controle social do Estado, Donzelot (1979) afirma que, se perdendo em proveito do social, do qual é ao mesmo tempo rainha e prisioneira, a família sofre transformações tais que estabelecem as formas de integração modernas que dão às nossas sociedades um caráter particularmente policialesco.

Donzelot explica como se dá este processo. A partir do século XVIII há uma crítica dos costumes educativos com três alvos privilegiados: os hospícios, a educação de crianças, com as babás e a educação “artificial” das crianças “ricas”. O que se critica aí é a ausência de uma economia social, no sentido dos poucos benefícios que tem o Estado ao investir em crianças com problemas mentais e a ausência de uma economia do corpo, ao organizá-lo apenas com vistas a um uso esbanjador, pelo refinamento dos modos.

Este discurso da conservação dos filhos, começa a legitimar-se na medida em que estabelece conexão entre o registro médico e o registro social, na relação que podem estabelecer entre a produção da riqueza e o tratamento do corpo. E, neste sentido, há toda uma justificativa teórica dos fisiocratas e da medicina. Para os primeiros, corresponde reger as relações sociais de forma que intensifiquem ao máximo a produção de riqueza e, para os outros, consiste em inverter as posições da alma e do corpo com vistas à perfeição, ou seja, é preciso situar a alma (mente) num posto de mando sobre a circulação dos fluidos (do corpo).

A partir desta mudança da imagem da infância como algo a ser investido, há uma reorganização dos comportamentos em torno de dois pólos distintos e com estratégias bem diferentes: o primeiro dirigido às classes burguesas, através da difusão da medicina doméstica: conjunto de conhecimentos que permite às classes burguesas tirar seus filhos da influência dos domésticos (babás); o segundo agrupa, sob a égide da economia social, todas as formas de direção da vida dos pobres, com vistas a diminuir o custo de sua reprodução e a obter um número desejável de trabalhadores, com um mínimo de gasto público.

Neste contexto, a mulher se torna o ponto de contato do médico com a família e terá como função reproduzir a distância, de origem hospitalar, entre aquele que sabe e o nível de execução dos preceitos. A mulher burguesa adquire um novo poder na esfera doméstica.

Aqui o autor assinala a diferença que havia entre a intervenção médica dirigida à

classe burguesa e a dirigida às classes populares, até porque estas classes eram constituídas, em sua maioria, de analfabetos. Embora a preocupação por assegurar a conservação dos filhos fosse a mesma, na economia social, a natureza das intervenções era totalmente distinta, produzindo efeitos praticamente opostos: já não se trata mais de assegurar proteção, mas de estabelecer vigilância direta, que fica assegurada pela polícia médica, cujas características mencionamos anteriormente.

Na verdade, o pobre representava perigo por sua liberdade de ir e vir, reunir-se, rebelar-se e, neste sentido, o Estado intervém absorvendo estes indesejáveis em hospitais gerais, conventos e hospícios, os quais servem de base estratégica para uma série de intervenções corretivas sobre a vida familiar.

De modo geral, essas medidas corretivas, inicialmente, se fizeram no sentido de proibir os indivíduos de estarem fora da família, pois isso representavam um perigo à ordem pública. Entretanto as medidas se revelaram ineficazes, na medida em que a família não consegue manter o controle sobre seus membros e a autoridade familiar imposta é contestada pela população. Esses fatos são potencializados pela Revolução Francesa e, com a destruição do antigo regime, resulta que o Estado deve responsabilizar-se pelos cidadãos e suas necessidades, instituindo-se a idéia do mesmo como organizador da felicidade dos cidadãos, que proporcionaria assistência, trabalho, educação e saúde para todos. Em contrapartida o Estado exigiria em troca um controle autoritário da sociedade.

A partir daí, cria-se todo um sistema de justificações para a assistência aos pobres, que vai desembocar na filantropia, a qual constitui-se, para o autor, numa estratégia deliberadamente despolitizante, posto que ocupa uma posição equidistante entre iniciativa privada e Estado.

Esta atividade filantrópica organiza-se sobre dois pólos: um assistencial, centrado na questão da moralidade econômica e outro médico-higienista, que é utilizado pelo Estado como meio direto para evitar o perigo da destruição da sociedade, pelo debilitamento físico e moral da população e pelo aparecimento de lutas e conflitos que levariam ao livre funcionamento das relações sociais.

Com a crescente tendência à industrialização, a falta de salubridade é uma ameaça constante à produção e, então, a função dos filantropos higienistas se dá ali, e somente ali, onde a liberalização econômica corre o risco de converter-se em seu contrário. Encontra-se, pois, a fórmula para introduzir o necessário aumento de serviços coletivos sem que ataquem a

definição liberal de Estado.

A força desta estratégia filantrópica está no fato de que não se impõe brutalmente, mas como poder positivo - “o conselho eficaz ao invés da caridade humilhante, a norma preservativa ao invés da repressão destrutiva”. O discurso não passa mais pela obrigatoriedade dos trabalhadores em depositar seus escassos recursos nas caixas de pensão, mas sim que, através deste depósito poderão obter mais autonomia da família.

Concluindo, diz Donzelot (op. cit.) que a estratégia filantrópica acopla novamente a família em uma nova síntese adequada para resolver os problemas de ordem política. Por um lado a família se converte, graças à economia, em um **ponto de apoio** para fazer refluir para ela os indivíduos “improdutivos” e, por outro lado, **em objetivo**, para que se reproduzam na esfera privada as normas estatais. Então, a valorização da família, que daí decorre e se desenvolve no final do século XIX, não é um triunfo da modernidade, mas resultado estratégico da união das duas táticas filantrópicas.

Neste sentido, o polo médico-higienista se firma sobre a intervenção no processo saúde/doença moralizando, normalizando e transferindo a soberania da família, moralmente insuficiente, ao corpo de notáveis filantropos, magistrados e médicos especializados na infância, para que possa adequar-se a um modelo liberal de Estado. Isto exigia uma conexão constante do moral com o econômico, o que implicará uma vigilância contínua da família, uma penetração integral no mais íntimo detalhe de sua vida.

Numa linha de investigação próxima a de Donzelot (1979), Jurandir Freire Costa (1989), estuda as transformações que ocorrem na família brasileira a partir do início do séc. XIX. Em sua obra intitulada “Ordem Médica e Norma Familiar”, mostra como, aos poucos, o poder médico vai penetrando no mundo rural, fazendo surgir daí uma nova família que adaptada ao mundo urbano tem no Estado seu maior valor.

Os resultados dessa pedagogia médica extravasaram os limites da saúde individual e, enquanto alteravam o perfil sanitário da família, mudaram, também, sua feição social, tornando-a sinônimo de família burguesa.

Nos achados de Costa (1989) não há diferenciação de intervenção médica para as diferentes camadas sociais, mesmo porque o que se buscava era a universalização de novos valores e isto, naquele momento, era possível através da família de elite, letrada, que poderia educar os filhos e aliar-se ao Estado.

Um dos resultados da educação higiênica, é que a norma familiar produzida pela

ordem médica solicita, de forma constante, a presença de intervenções disciplinares, por parte de agentes de normalização. E foi nessa linha higiênico-normalizadora que homens passaram a oprimir mulheres com o machismo; as mulheres a tiranizar os homens com o “nervosismo”; adultos a brutalizar crianças que se masturbavam; casados a humilhar solteiros que não casavam; heterossexuais a reprimir homossexuais etc. O sexo tornou-se emblema de respeito e poder sociais.

Segundo o autor, ao desenvolver

“uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, as condutas lesa-Estado, como antinaturais e anormais. Todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no séc. XIX vai ser montado sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado” (Costa, op. cit., p. 63).

Entretanto, isso não poderia ter sido garantido através da coerção das famílias pelo Estado. O corretivo estatal, além de aceitável, deveria induzir efeitos gratificantes e duradouros, fazendo com que as famílias se sentissem recompensadas e não punidas pela intervenção do Estado. “A mudança tinha que acenar, antes de mais nada, com promessas de lucro capazes de provocar reações em cadeia, que se estendessem ao longo das gerações” (Costa, op. cit., p.63). No caso do Brasil também foi através da cooptação, com a mulher como principal agente na proteção e educação higiênica dos filhos, que a coação médica penetra cada vez mais no universo familiar, passando a ser experimentada no curso do tempo, como um bem.

O autor mostra como foi possível essa troca de favores entre Estado e medicina.

“De início, o fenômeno físico, cultural ou emocional era aspirado e convertido em fato médico e, em seguida, reinjetado no tecido social conforme a articulação prevista. Desta forma, o repertório de sentimentos e conduta antes administrado pela família era encampado pela medicina e através dela, devolvido ao controle estatal” (Costa, op. cit. p. 64).

O estigma da incompetência e do desconhecimento é que permitiu à medicina criar um tipo de dominação sobre a família análogo ao da relação de tutela descrita por Castel, com

relação à loucura (Castel apud Costa, 1989, p. 71) e à descrita acima por Donzelot (1979), em relação aos filantropos, magistrados e médicos especializados na infância.

O discurso de que a vida dos indivíduos é um caos, do qual é preciso que se tome conta, está claramente presente e justifica a intervenção médica junto à família. Nesse jogo criou-se o estigma da incompetência e do desconhecimento dos indivíduos acerca de si mesmos, o que exige tutela e, para completar este círculo, o controle higiênico se dá de modo microscópico, detalhado e improvisado (não havia um código claro que orientasse as proibições), dando margem a variações infinitas, de tal modo que toda atividade se torna potencialmente mórbida, levando a um permanente estado de alerta por parte da família, em relação a seus membros. (Costa, 1989).

Esse tipo de tutela que mencionamos é o que, para Szász (1994), justifica a dominação coercitivo-paternalista de um adulto pelo outro. O autor mostra que, na verdade esse tipo de atitude tem origens no axioma moral -religioso segundo o qual “somos os protetores de nossos irmãos”. Entretanto, adverte: tal axioma justifica a interferência, não a coerção. Mostra, também, a impossibilidade de vir a se questionar um benfeitor, na medida em que, a partir das bases de cristandade, este é associado à Deus, sendo, portanto, um ser perfeito e benevolente, pelo que se justifica a coerção a sua doutrina. Enfim, se na teocracia não há necessidade de controles políticos, em uma autocracia terapêutica, não há necessidade de salvaguarda contra os protetores. A transposição de valores religiosos aqui parece ser a mesma invocada no modelo pastoral de poder pesquisado por Foucault. Tanto Szász (1994) quanto Illich (1975) advertem que na modernidade apenas passamos de uma submissão teológica para uma submissão terapêutica.

Falando sobre atividades filantrópicas Stephen (apud Szász, 1994, p. 15) diz que

“as atividades filantrópicas detêm muitas vantagens incontestes, porém é questionável se realmente podemos dizer que humanizem (...). A benevolência é cultivada constantemente pelos filantropos, às expensas da modéstia, da veracidade e da consideração pelos direitos e pelos sentimentos dos outros, pois, pelo simples fato de um homem dedicar-se a esforços conscientes, para tornar mais felizes e melhores do que são, esse homem afirma conhecer melhor que eles, quais são os elementos necessários que constituem a felicidade e a bondade. Em outras palavras, ele se arvora em ser seu guia e superior.”

Questionando, portanto, a proteção terapêutica imposta pelos médicos e pelo próprio Estado, diz que coagir adultos capazes exclusivamente devido à sua dependência ou periculosidade para consigo mesmos afronta sua dignidade e sua liberdade, é contraproducente e moralmente incorreto. Devemos abandonar a infantilização dos pacientes na área de saúde mental [e em outras áreas] e o coercitivo paternalismo que a acompanha, e passar a conferir os mesmos direitos, impor as mesmas responsabilidades a estes pacientes, como fazemos com os outros pacientes portadores ou não de doenças físicas (Szász, op. cit. p. 16).

A questão que nos ocorre é que, na verdade, essa infantilização de que nos fala Szász ocorre, sim, com pacientes em geral sejam ou não doentes mentais, talvez o que varia são, talvez, as sutilezas com que se exerce essa coerção. Pensamos, ainda, que a filantropia não diz respeito somente à relação privada entre benfeitor e beneficiado, mas, também, à relação pública dos indivíduos com as instituições e com o Estado, pois trata-se de uma estratégia despolitizante - já que se impõe como algo operativo - por eles utilizada junto às famílias, através do que buscam sua normalização, para que possam adequar-se ao modelo econômico do capitalismo.

1.6 O DUPLO SENTIDO DO CONTROLE SOCIAL

Consolida-se dessa forma o controle social, não como o poder ascendente que a Reforma Sanitária Brasileira proclamou, mas como um “bio-poder”, que apropriado pelo Estado e as mais diversas instituições, gerencia e ordena a vida das populações através de suas políticas de saúde, medicalizando-as em suas mais ínfimas instâncias e contribuindo, deste modo, para a construção de uma subjetividade heterônoma em saúde.

Creio residir aí um dos pontos-chaves que obstaculizam o exercício de um “controle cidadão”, como denominado por Campos (1996) e sobre o qual é preciso que nos detenhamos por um momento. Considerando a forma como esse controle se exerceu e se exerce, há nele um duplo sentido conceitual - na acepção de toma-lo ou como um efeito de “bio-poder” ou como o controle dos serviços de saúde pela população -, cujo conteúdo precisa ser explicitado.

A transposição da racionalidade moderna, com crescente compartimentalização do

sujeito na área da assistência à saúde, trouxe uma série de conseqüências. Se, por um lado, permitiu o avanço do conhecimento a respeito do corpo biológico e intervenções precisas neste âmbito, por outro favoreceu um distanciamento cada vez maior entre profissional/instituições de saúde e clientela, de modo que o fenômeno da doença torna-se, na maioria das vezes, completamente distinto para um e outro, numa dependência cada vez maior dos indivíduos em relação às instituições médicas e numa participação cada vez menor nas decisões acerca de sua vida e saúde.

Dâmaso (1992), diz que uma das maiores dificuldades afetas à eficácia das políticas sociais de saúde reside no fato de que elas buscam exercer controles externos sobre os determinantes estruturais e sobre as causas morfo genéticas e psicogenéticas das doenças. Tais controles, porém, sempre se efetuam às expensas da perda absoluta de autonomia e de autocontrole dos indivíduos, das comunidades e das populações sobre os condicionantes vitais de suas próprias doenças. Hábitos cotidianos autônomos como a alimentação, o movimento, a respiração, a atividade mental, a convivência humana, foram impiedosamente expropriados às populações e passaram à alçada de sistemas hetero-organizadores especializados, que vendem a alto preço recursos duvidosos sobre os quais ninguém detém o menor controle quantitativo e qualitativo.

As conseqüências dessas práticas, não se fazem sentir somente no nível mais privado das relações entre profissionais e usuários mas, também, no nível coletivo. Se tomarmos o controle social referido à 8ª Conferência Nacional de Saúde, como imaginá-lo efetivo diante deste quadro histórico de sujeição do usuário frente ao sistema de saúde? Como imaginar um sujeito com autonomia suficiente para colocar-se diante dos diversos atores que compõem um Conselho de Saúde, por exemplo, exercendo um poder e um saber representativo e legítimo, quando este lhe foi expropriado ao longo de, pelo menos dois séculos? Se consideramos que a ideia de controle social está fortemente vinculada por toda uma tradição de análise sociológica como “rede de relações de poder”, não poderiam se tornar os Conselhos de saúde uma instância a mais (e ainda mais sutil) desse controle, na medida em que a democracia é tomada apenas como discurso e não como prática efetiva? Esse poder dos cidadãos de participar diretamente das políticas de saúde não pode também ser-lhes retirado na medida em que foi “doado” (instituído) pelo Estado-guardião ?

De fato, existem dificuldades para que este controle social seja efetivo. Em relação a questão da medicalização, anteriormente discutida, devemos considerar que a probabilidade

de que os indivíduos tomem a rédea de sua vida e avaliem os serviços aos quais recorrem fica restrita, quando estão submetidos a um número infinito de normas que os disciplinam e os fazem depender, a todo o momento, de algum tipo de intervenção profissional, a qual muitas vezes é decidida rigidamente em função de resultados que de modo algum beneficiam o cliente, criando mais estresse, passagens intermináveis em filas para fazer exames e mesmo iatrogêneses importantes.

Em “A expropriação da saúde - Nêmesis da medicina”, Illich (1975), denuncia as inúmeras iatrogêneses decorrentes da prática médica. Dentre elas nos interessa analisar aqui a “iatrogênese social” que seria decorrente do supercrescimento da forma heterônoma de produção na área de cuidados médicos - o mesmo que denuncia Dâmaso (1992) - e que paralisa os consumidores a partir da criação de necessidades que demandam cuidados médicos cada vez mais crescentes e da expropriação de sua capacidade de auto-cuidado (desvalorização dos recursos próprios de cura).

Essa “paralisia” ou perplexidade que impede o usuário de sentir-se capaz para o auto-cuidado, também se repete no momento em que o usuário do sistema de saúde não se outorga avaliador dos serviços que consome. Para Illich (1975, p. 97) “a medicina é mercadoria que escapa a qualquer controle de custo e de qualidade” e citando Titmuss, aponta alguns dos obstáculos que dificultam a utilização do **cálculo custo-vantagem** no setor saúde: 1) o consumo dos cuidados médicos é aleatório e dificilmente previsível; 2) a maioria dos consumidores não os deseja, não está consciente de precisar deles e não sabe de antemão quanto lhe custarão - para saber que não serão explorados têm que confiar na palavra do produtor; 3) a mercadoria vendida não é comerciável nem pode ser devolvida; 4) a publicidade dos resultados é praticamente inexistente e as comparações de qualidade são desencorajadas pelo Estado em conluio com os produtores; 5) uma vez escolhido o produtor é difícil mudar de opinião porque o tratamento está em curso; 6) o produtor tem em certos casos, o poder de escolher seus clientes e impor seus produtos, se necessário com a ajuda da polícia.

A questão pode se complicar ainda mais se atentarmos para o fato de que os parâmetros de avaliação dos serviços de saúde são atribuídos pelos próprios produtores: os médicos. Por exemplo: é bastante comum associar-se quantidade de serviços médicos oferecidos ao índice de saúde de uma população. Aqui poderíamos perguntar, qual o significado e quais implicações teria esta verdade. A qualidade de vida uma população depende somente da empresa médica para acontecer? Se é a própria população quem exige o aumento

do número de procedimentos médicos, isso demonstra o quanto sabe identificar suas próprias necessidades ou o quão medicalizada (disciplinada, heterônoma) se encontra?

Estudando a Reforma dos Modelos de atenção à Saúde, Campos (1996) coloca que uma de suas limitações para que se efetue, se refere às próprias disciplinas constituintes do campo da saúde, as quais exerceriam funções excessivamente castradoras e normalizadoras, tanto para os profissionais como para os clientes. Outra limitação - que se dá em decorrência da primeira - seria a falta de diálogo entre os que propõem a reforma e aqueles que utilizarão os serviços, de modo que os modelos instituídos ficam distantes daqueles que serão seus principais usuários. Portanto, repensar a desinstitucionalização e a desmedicalização da saúde seria importante para que a participação popular acontecesse, de modo a avançar nesta reforma.

Tanto a referência de Illich (1975)- à pouca possibilidade de avaliação do custo-benefício do ato médico pelos usuários dos serviços de saúde, como a de Campos (1996) - em relação à possibilidade de avaliação de modelos de saúde pela população -, possuem um núcleo comum: trazem à tona a problemática que envolve as relações de poder que se estabelecem entre os usuários e profissionais/instituições. Na minha perspectiva, estas vão além dos espaços coletivos da assistência à saúde, os quais, na verdade, se investem de autoritarismo, desde os âmbitos mais privados, como, por exemplo, a relação médico/cliente, enfermeiro/cliente enfim, profissional/cliente, e cujo conteúdo tem sido freqüentemente banalizado em nosso cotidiano.

Considerando que foi construída determinada subjetividade em saúde, a qual terá estreita ligação com o controle social possível de ser praticado, parece importante refletirmos sobre até que ponto tal subjetividade permite (ou não), que as pessoas possam decidir sobre quais os procedimentos médicos, que tipo de assistência consideram necessário à sua vida ou, até que ponto tal subjetividade possibilita a autonomia do sujeito em relação às decisões sobre sua vida e saúde e o conseqüente Controle social sobre as ações de saúde.

O controle social pode, assim, assumir uma forma de resistência ao “Estado Medicalizante” ou se tornar uma estratégia de legitimação da ordem existente. Supondo que possa ser espaço de resistência, há que se pensar como e em que instâncias deverá ser exercido esse controle: se somente nas conferências e conselhos de saúde (espaço coletivo) ou também na relação entre usuários e serviços/profissionais (espaço privado). Enfim, precisamos esclarecer melhor o controle social proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, se desejamos uma descentralização dos serviços de saúde, que traga em seu bojo a

democratização como um dos mais importantes princípios para garantir essa reforma.

Certamente não temos respostas a estas perguntas, entretanto podemos refletir a seu respeito, o que suscita, antes de tudo, compreender o que permeia a relação entre o usuário do sistema de saúde e aqueles profissionais e/ou instituições que o atendem. Acreditamos que a análise das práticas de um conselho de saúde, objeto de nosso estudo, encaminha-se à busca de algumas destas respostas, como um auxílio para compreender estas relações.

1.6.1 A Construção da Subjetividade no Cotidiano dos Serviços

Neste momento, porém, gostaríamos de analisar, brevemente, como se dão as relações entre usuários e instituições/profissionais no âmbito mais individual, dando a perceber como se relacionam com a participação em saúde, que ocorre no âmbito mais coletivo

Pautas bem conhecidas e até “aceitas” são impostas pelas instituições de saúde e pelos que lá atendem, como por exemplo: intermináveis filas, retirada da roupa do paciente no momento da internação, controle demasiado das visitas, refeições, banho, dieta em qualidade e horários e o que considero, talvez, mais grave - a sonegação de informações, sem que os usuários sequer imaginem a existência de outra forma de relação com estes serviços e a conexão deste cotidiano mudo com os problemas da participação em instâncias políticas mais amplas. As tão defendidas normas e rotinas institucionais, justificadas pelos profissionais de saúde como algo para o “bem do paciente”, nada mais fazem do que torná-lo tão regredido, dependente e dócil⁷ a ponto de entregar a decisão de sua vida e saúde totalmente a outrem, como algo completamente natural. De

⁷ Em artigo que escreve sobre a relação profissional-cliente, Soar Filho (1994), esclarece que “diante do desconhecido, de situações estressantes, de tensão emocional e sobretudo diante da dor e das limitações físicas, é uma tendência universal do ser humano reagir com algum grau de regressão e que esta poderá variar dependendo de fatores como a prévia estrutura da personalidade, a qualidade da informação sobre a natureza do problema, a forma como a instituição o recebe e o tipo de respostas que o profissional lhe propicia” (p. 186). (grifos nossos).

fato, o que acontece é que ainda são os aspectos disciplinares os mais considerados na assistência, de modo que o sujeito é ordenado, separado, isolado para que se lhe preste esta ou aquela assistência; há um privilegiamento do modo como se lhe aplicam tecnologias, modo este padronizado que não leva em consideração sua individualidade; há um controle permanente dos horários de banho, refeições, visitas, caminhadas do cliente, registros vitais, no caso dos hospitais e intermináveis controles higiênicos e obrigatórios na área de saúde coletiva que em muito se assemelham aos que Foucault e outros autores relatam que aconteciam no século XVIII e XIX.

Mas o que faz com que aceitemos a maioria destas pautas como um “bem”? O que faz com que nos sujeitemos, mesmo suspeitando de algumas pautas? Certamente existe aí alguma troca que nos beneficia: por exemplo, ser cuidado por outro em cuja competência confiamos, ter alguma segurança de que obteremos a cura ou de que seguindo determinados preceitos não ficaremos doentes, enfim, há efetivamente nestes fazeres e saberes uma operatividade. Não se trata aqui de estabelecer uma relação de ganhos e perdas, nem uma contagem dos benefícios, queremos indicar que o poder não pode ser considerado como uma força estritamente coercitiva, se ele é tolerado é porque possui alguma legitimidade.

Sabemos, por outra parte, que hoje mais do que nunca, podemos nos defrontar com situações de cuidado à saúde que colocam em risco o próprio objeto de sua ação: os indivíduos e sua saúde. Este paradoxo é colocado por Berlinguer (1996), ao afirmar que no plano ético, nunca foi tão exaltado como agora o princípio da autonomia e disponibilidade do próprio corpo e ao mesmo tempo, o corpo nunca foi tão submetido a um controle externo mais absoluto. Exemplo disto é a relação de 40 para 1 nas esterilizações femininas e masculinas. A proporção indica que o princípio da autonomia sofre um grande condicionamento, pois um sexo mantém sua capacidade procriativa e o outro não⁸. Neste sentido, o autor apropriadamente coloca: a “ciência médica se tornou refém de seu êxito” e (...) “nunca atraiu tantas suspeitas e críticas como hoje”.

⁸ *Sob uma perspectiva ética autor traz outros dados interessantes sobre a esterelização, que mostram como a “opção” por este método contraceptivo está fortemente condicionada. No Brasil, 60% dos partos hospitalares são feitos por cesariana, (enquanto a OMS considera que a indicação clínica exista no máximo para 10% dos casos) mesmo porque os órgãos públicos pagam mais pela cesariana do que pelos partos normais. Em outras pesquisas constatou-se que o tipo de parto é condicionado pelo tipo de instituição, da orientação e dos modos culturais, mas sobretudo do ganho dos médicos. (Berlinguer, 1996, p.47)*

✕ Assim, faz-se importante pensarmos como se constroem essas relações assimétricas de poder entre os usuários e os serviços de saúde. Creio que os últimos estudos de Foucault sobre o modo pelo qual um ser humano torna-se sujeito podem fornecer algumas pistas para compreensão desta questão.

Num primeiro plano é importante compreender que a objetivação deste sujeito que hoje somos, tem profundas raízes nas relações de poder, no sentido de que estas relações no acontecer histórico modelam um determinado tipo de sujeito.

✕ Para realizar esta análise, Foucault (1995b) parte para estudar o poder, não como algo repressivo ou legal, que teria o Estado como seu maior representante mas, como algo inerente às relações humanas, algo que, ao mesmo tempo, as produz e as pode reverter. Considera que embora estes mecanismos de poder não possam ser estudados fora dos processos econômicos e sociais, eles não constituem apenas o “terminal” de mecanismos mais fundamentais, mas mantém relações circulares e complexas com outras formas.

Neste sentido o poder é tomado como positividade, como algo que produz – por exemplo saberes e práticas de cuidado à saúde - , e o “Estado moderno” não pode ser considerado, então, como uma entidade que se desenvolveu acima dos indivíduos, ignorando o que eles são e até mesmo sua existência, mas ao contrário como uma estrutura muito sofisticada, na qual os indivíduos podem ser integrados sob uma condição que a esta individualidade se atribuisse uma nova forma, submetendo-a a um conjunto de modelos muito específicos.(Foucault, op. cit.).

O Estado acaba se tornando, de certo modo, a matriz moderna da individualização, ou uma nova forma de poder pastoral, cuja *salvação* pode assumir diversos significados como saúde, bem-estar, segurança, etc; este poder se reforça a partir de uma série de instituições, inicialmente a polícia, mais tarde os filantropos, a família, a medicina, o hospital. Interessa-nos, aqui, sublinhar que este poder pastoral não se exerce a partir de um ponto, que é o Estado, mas através de uma tática individualizante que caracterizava uma série de poderes: da família, da medicina, da psiquiatria, da educação, dos empregadores.(Foucault, op. cit.).

Daí decorre que o problema político, ético, social e filosófico nos dias de hoje não consiste em liberar o indivíduo do Estado, “porém nos liberarmos tanto do Estado, quanto do tipo de individualização que a ele se liga; temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos”.(Foucault, op. cit., p. 239).

✧ Na área da saúde, é essa individualidade, essa subjetividade modelada em relação ao que deve ou não ser feito com nosso corpo, que encontramos, na maioria das vezes junto aos usuários que assistimos. Isto pode se expressar, por exemplo, no tipo de relação estabelecida entre profissional de saúde/cliente, embora não possamos dizer que isto aconteça para ambos de modo consciente.

✧ Boltanski (1989) em sua obra “As classes sociais e o corpo”, estudou as representações que as diversas classes sociais tinham do corpo e da doença e em um dos capítulos estuda as relações que se estabelecem entre médicos e clientela. Dentre os problemas por ele colocados destaco a questão da comunicação com os clientes pois a considero um dos fatores mais agravantes para mantê-los submetidos.

Ainda que o autor argumente, com razão, que a comunicação para as diversas classes sociais se estabeleça de diferentes modos, parece que em sua estrutura básica há, de todo modo, um sonegar de informações em prol da manutenção do poder exercido sobre o cliente. Isto se dá porque o “poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar uma vez informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância”. (Boltanski, 1989, p.147).

✧ Em relação à enfermagem este modelo não se modifica em nada, muito embora estejamos travando uma luta contra nossa própria submissão à instituição médica. Ao analisar esta questão Loyola (1988, p.124), diz que

“a enfermeira é submissa ao poder do médico e esta dominação se legitima dentro do espaço disciplinado do hospital através da própria disciplina, onde o corpo, o tempo e o espaço utilizados pelas enfermeiras são esquadrihados (...)” e esta relação de poder é reproduzida na relação que estabelece com o cliente - mudo espectador dos “palcos do hospital”.

✧ Este modo disciplinar e medicalizado com que são tratados os clientes impõe-se de tal modo a seus corpos, suas consciências, que passam a acreditar que sua cura está fora de seu próprio corpo e desejo. Seu corpo não lhes pertence, é para eles um desconhecido, e somente o médico, a instituição, e os demais profissionais é que, com seu conhecimento, poderão lhes restituir a saúde. E esta representação dicotômica que têm em relação aos seus corpos estende-se ao Sistema de Saúde, sobre o qual também não se acham no direito de intervir.

✓ Entretanto, se uma relação de poder exclui as ações de violência – que agem diretamente sobre o corpo, submetendo-o, quebrando, fechando todas as possibilidades de resistência – e se define como “um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros , mas (...) sobre sua própria ação”, há possibilidades de reconstrução destas mesmas relações para que se tornem cada vez mais simétricas. Pois, ao contrário de uma relação de violência , a relação de poder se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis: que o outro (aquele sobre o qual a ação se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito da ação; e que se abra, diante da relação de poder todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis⁹. (Foucault, 1995b, p. 243).

Cabe ainda levantar uma questão. Debruçando-se sobre a questão da democracia na área da saúde, a partir de uma perspectiva arendtiana, Nascimento (1992), concorda que a revalorização da ética seja essencial à participação. Entretanto, acha que a relação entre os médicos e população difere-se substancialmente da existente entre cidadãos no espaço público, no qual eles são iguais no sentido de que recorrem à opinião para a formulação de seus argumentos pois, o médico detém um saber específico do qual não pode, evidentemente, abrir mão. Finaliza sua argumentação com um questionamento: “de que simetria se pode falar, quando cabe ao médico, com seus conhecimentos, diagnosticar e apontar o caminho para a cura aos pacientes?”

Não discordo do autor de que o saber médico é diferenciado porém, dentro da perspectiva que tentávamos explicitar até o momento e da própria argumentação trazida pelo autor de que o bom juiz de um especialista não é outro especialista, mas o usuário, cabe questionar-lhe: por que não se aplica esta máxima à situação de prestação de serviços médicos? No espaço privado (relação profissional/cliente) o usuário não pode exercer sua cidadania? A opinião não é algo baseado em argumentos razoáveis e não faz parte de uma

⁹ *Sendo o poder um conjunto de ações sobre ações possíveis, ele opera no campo das possibilidades, onde se inscreve o comportamento de pessoas ativas, por isso é menos da ordem do afrontamento e mais da ordem do governo. Governar, neste sentido, é estruturar o campo de ação dos outros, para o que se faz necessário seu consentimento. (Foucault, 1995b.). É neste campo da “governabilidade”, do uso do poder, que se inscrevem minhas preocupações com a democratização na área da saúde, pois como vimos a participação (o uso do poder) é algo que antecede as instâncias públicas de exercício do poder e, ao mesmo tempo as ultrapassa, sendo necessário portanto pensa-la levando em consideração o que a determina e o que a leva a ser efetiva.*

relação que se pretende dialógica?

Parece-me, ainda, que se deve fazer uma distinção entre a autoridade do médico (a qual poderia ser de qualquer outro profissional indistintamente) e uma atitude autoritária, normativa, higienizadora, baseada na assimetria entre profissional e usuário e que coloca o último numa posição de mero expectador nesta relação.

Falando especificamente sobre a questão da autoridade do médico na relação com o cliente, Gadamer (1996, p. 140), diz que “todo aquele que põe em jogo o peso institucional de sua autoridade e substitui com ele os argumentos necessários, corre sempre o perigo de falar de forma autoritária e não com autoridade”. Associando o conceito de autoridade ao de liberdade crítica, o autor considera, ainda, que o respeito ao outro implica o reconhecimento de sua liberdade e isso exige uma autêntica liberdade por parte de si mesmo: a de autolimitar-se. Para ele a liberdade em seu sentido autêntico supõe que se possua capacidade crítica e a capacidade crítica implica tanto a aceitação de uma autoridade superior como o fato de que esse mesmo alguém seja reconhecido, ele próprio, como uma autoridade superior.

Creio, portanto, que um dos pontos para que o usuário participe do sistema de saúde é reverter as assimetrias anteriormente colocadas, ou seja, democratizar, dar a palavra, não somente nos conselhos e conferências de saúde mas, também, naquele nível mais privado onde muitas das vezes nos escapam os atos mais autoritários. A busca da construção de uma nova subjetividade em saúde, em que sujeitos se governam e se constroem **mutuamente**, parece ser uma das chaves para que, de fato, a “participação da comunidade” colocada em palavras no texto constitucional, possa transformar-se em ato.

II – CONTROLE SOCIAL, RELAÇÕES DE PODER E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

2.1 INTRODUÇÃO

Considerando nosso objeto de pesquisa - de maneira mais genérica o **controle social** (ou participação em saúde), e de modo mais específico as práticas de um **conselho de saúde** - proponho, pois, antes de analisá-lo, sistematizar algumas questões relativas à intersecção entre democracia, participação e poder, refletindo a partir daí sobre a possibilidade da existência de um sujeito/usuário que possa ter como base de sua ação, a ética.

Assim, pensando que o controle social se move nessa linha difusa que existe entre participação e relações de poder, acreditamos que é necessário olhar para o Conselho como uma máquina na qual o poder transita, de um polo a outro, de maneira peculiar. Para isso se faz indispensável conceitualizar o poder, a democracia e a participação. No interior dessa microfísica definem-se vínculos éticos e morais entre os diversos atores que podem tornar ou não justificável a existência dessa instância participativa, que são os Conselhos. As questões que proponho discutir são as seguintes:

1-Como se caracteriza o Conselho como um campo de poder, e que sujeitos podem ser construídos a partir de sua prática?

2-Como o compromisso com o interesse coletivo pode ser pensado mais próximo da idéia de um sujeito que se constrói a si mesmo , não apenas a partir da relação consigo mesmo , mas da relação com o outro?

3-qual é panorama democrático atual em que se insere essa requerida participação popular na área da saúde? Como se situam neste contexto governantes e governados e quais as possibilidades de exercício democrático numa democracia representativa?

4-O que temos presenciado historicamente no âmbito da participação em saúde? Quais suas tendências e possibilidades na atualidade?

Entretanto, o estudo do tema da participação e da democracia tem o objetivo de subsidiar a reflexão sobre a instituição do controle social e especificamente dos Conselhos de

saúde, por isso não podemos prescindir de uma breve análise histórica da instauração da participação em saúde no Brasil. Como veremos o controle social em saúde emerge graças a uma rede de poderes, onde diversas práticas discursivas são confrontadas e cujo resultado pode ser examinado como uma “raridade”. Neste sentido há discursos que se tornam verdades, enquanto outros são silenciados, como veremos a seguir.

2.2 A REFORMA SANITÁRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

O processo de reformulação do setor saúde no Brasil, que culminou com a Reforma Sanitária e com a institucionalização da participação no setor saúde, tem suas raízes em meados da década de 70. Gerschman (1995) e Teixeira (1988) separam a trajetória que leva à consolidação do Movimento Sanitário em fases distintas e consideram, também, os diferentes atores que participam deste cenário, imprimindo-lhe a característica de participação que marca este movimento, culminando com a instituição da mesma através das conferências e conselhos de saúde. Ambas identificam que o movimento se firma, principalmente, a partir de três pilares: o movimento popular em saúde (incluindo aí os movimentos sindicais e de partidos políticos), o movimento médico e movimento de intelectuais da área da saúde representados principalmente pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Para Carvalho (1995), a criação do Cebes, em 1976, e a fundação da ABRASCO, em 1979, é que conferem contorno institucional ao movimento, que logo a seguir influirá decisivamente no processo de reforma do setor saúde.

Em 1970 o Conselho Nacional de Saúde adquire as feições de um órgão técnico, com funções normativas, legitimado pelo Estado, que tinha como fim compatibilizá-lo com o processo de privatização da saúde, em andamento no País. Seus membros são indicados pelo Estado: com exceção dos representantes de outros ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde. (Carvalho, 1995). Estas práticas exemplificam o fechamento do Estado sobre si mesmo, exacerbadas após a revolução de 1964, quando se instituiu a ditadura militar no Brasil.

Entretanto, a partir de meados da década de 70 a ditadura começa a perder a legitimidade e inicia-se um movimento de oposição ao regime político vigente, que se refletiu

em diversos setores. Como afirma Gerschman (1995), este movimento febril de agitação e oposição política atravessou a sociedade como um todo, promovendo um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime autoritário e da democratização do País.

Na área da saúde, uma das manifestações dessa oposição consubstanciou-se nas práticas de “saúde comunitária”, que passaram a ser um espaço de luta pela democracia, embora se pudesse encontrar ali várias vertentes desse ideário, inclusive aquela concernente ao próprio Estado, cuja finalidade era a de integração social dos marginalizados, com fins de manutenção e criação de novos mercados capitalistas. Muitas destas propostas, nasceram junto aos departamentos de medicina preventiva de algumas universidades e tiveram como aliados, entre outros, os movimentos eclesiais de base, da igreja católica.

Com a emergência da crise de legitimidade do regime militar, deflagrada com a vitória do partido de oposição (então Movimento Democrático Brasileiro -MDB), nas eleições de 74 e com uma maior visibilidade do fracasso do “milagre econômico,” refletido no aumento dos índices de mortalidade e morbidade (epidemia de meningite em 1975 e da dengue, mais adiante) e na deterioração das condições de vida dos grandes conglomerados urbanos, há uma retomada das políticas públicas, que procuram maior efetividade na resolução das questões sociais.

Este foi um momento em que o “movimento social em saúde” adquiriu relevância, especialmente nos grandes centros, tendo sua origem no **movimento popular em saúde** e no **movimento sanitário**.

Os movimentos populares em saúde se originam, segundo Gerschman (1995) nos bairros pobres de periferias das grandes cidades e/ou nas favelas, localizadas dentro mesmo dos grandes centros urbano industriais. Os movimentos das Zonas Norte, Sul e Leste da cidade de São Paulo descritos por Jacobi (1989)¹⁰, são exemplos de atuação do movimento popular em saúde e cuja atuação, em conjunto com outros movimentos similares, acaba por construir as bases para a Reforma Sanitária.

As origens do Movimento Sanitário se situam nos anos de ditadura militar, com o

¹⁰ *Este trabalho apresenta uma reflexão em torno do impacto dos movimentos sociais a partir de três experiências reivindicatórias: dois movimentos por água e um movimento por saúde, os quais aconteceram em meados da década de 70.*(Jacobi, 1989, p. 14)

fechamento de quase todos os canais de expressão política, quando a Universidade passa a ser o principal reduto de contestação ao governo autoritário. Nas faculdades de medicina são criados Departamentos de Medicina Preventiva, onde aglutina-se e difundi-se o pensamento crítico em saúde. Apesar de sua origem acadêmica o Movimento Sanitário se caracteriza por aliar produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão de uma nova consciência sanitária. (Escorel apud Teixeira, 1999). O “pensamento crítico em saúde” acaba se difundindo em toda a área da saúde, de modo que nos anos 80 o Movimento Sanitário congrega em sua base, outros profissionais de saúde, que passam a ter um importante papel no processo de consolidação da Reforma Sanitária, seja através da politização da discussão em saúde, seja por sua parceria nas reivindicações populares em busca de melhores condições de vida.

Ainda em relação a questão da crise de legitimidade governamental de que falávamos anteriormente, Teixeira (1988) aponta um importante ponto de estrangulamento, além da crise do autoritarismo, do conhecimento e práticas médicas e do estado sanitário da população: a crise no sistema de prestação de serviços de saúde.

O surgimento do Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, em 1980, é uma expressão dessa crise institucional que já se esboçava, na medida em que propõe um plano alternativo, com características conflitivas que incorpora mandamentos técnico políticos preconizados pela Organização Mundial da Saúde, a partir da Conferência de Alma Ata e dá um tratamento inédito à questão da participação. O “engavetamento” deste plano marca a explicitação da crise institucional perante a sociedade, pois demarca as posições conflitantes dos “técnicos mudancistas” e dos “situacionistas”. É aí, também, que se opera a transição da “participação comunitária” para a “participação social”, com todas as implicações institucionais nisso envolvidas. (Carvalho 1995).

A crise da Previdência precipita, de certa forma, a incorporação pelo Estado, de outros setores sociais para o enfrentamento da crise e esse é o contexto que legitima o aparecimento dos primeiros espaços institucionalizados de concertação de interesses no setor saúde. O CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - criado para organizar a assistência médica naquele momento, tinha em sua composição a maioria de membros de fora do governo e representa a disputa entre propostas distintas para o enfrentamento da crise. (Carvalho, 1995)

Já a partir das chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), criadas pelo CONASP

instituíram-se diversos tipos de conselhos e comissões, em geral na esfera da gestão, tanto nos níveis centrais como locais, esboçando-se aí os primeiros sinais concretos rumo a institucionalização da participação. Segundo Carvalho (1995), as Comissões Interinstitucionais daí derivadas disseminaram-se por todo o País, tendo desenvolvimento e papéis diferenciados, que foram desde a mera regulamentação até a participação ativa de seus membros nos estados ou municípios, onde circunstâncias políticas favoreciam a participação.

Gerschman (1995, p.42) considera a implementação das AIS, em 1982, um dos momentos principais na história das reformas. Gestada no interior da Previdência Social, propunha um privilegiamento do setor público e uma alteração no modelo médico-assistencial, promovendo a relação integrada interna ao setor público, dando prioridade a assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços.

Então, na área da saúde, os ventos democráticos da Nova República somados a um conjunto de propostas articuladas em torno de um projeto alternativo e um conjunto de quadros político-técnicos com ele comprometidos (oriundos do Movimento Sanitário), viabiliza em 1986 a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Com uma característica participativa completamente diferente das conferências anteriores. Reuniu cerca de cinco mil participantes, oriundos dos mais diversos segmentos sociais e políticos, marcando o início, na arena estatal, da participação institucional de representações da sociedade civil, no processo de concertação de interesses e pactação das políticas em saúde.

A 8ª Conferência foi um evento inédito, cuja representação dos usuários, ainda que não fosse paritária, foi expressiva, sobretudo a das entidades comunitárias e sindicais de trabalhadores. É, também, singular o fato de que dela tenham resultado propostas de mudanças com tal respaldo político e social que foram incorporadas à Constituição de 1988.

Através da análise de Gerschman (1995) sobre os movimentos sociais e a reforma sanitária, podemos situar as diversas **fases do movimento** até à última, que demarca uma certa paralização do movimento, pelo menos com a unidade e organização que vinha tendo até então.

A primeira fase, que denomina “**reivindicativa**” surge da necessidade por melhores condições de vida defendida pelos movimentos de periferia do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Na segunda fase, denominada pela autora de “**politização**” há uma maior articulação entre os movimentos. As associações de moradores organizam-se em torno de Federações de Associações de Moradores nacionais e estaduais, reunindo-se

periodicamente, elegendo direções e se organizando em departamentos. A luta pela erradicação da epidemia da dengue¹¹ foi um dos exemplos, que marcou este período da luta popular, que vai num continuum até os primeiros dois anos da “Nova República”, quando as expectativas políticas desapareceram e a conjuntura adquiriu um claro caráter de estagnação. A terceira fase, a de “**institucionalização**”, está relacionada à formação da Plenária Nacional de Saúde e à intuição das instâncias coletivas de representação que são os **Conselhos de saúde** e as **Conferências de Saúde**.

No quadro abaixo podemos visualizar uma síntese das fases e dos diversos setores que atuaram no Movimento de Reforma Sanitária, segundo Gerschman (1995):



¹¹ Segundo Gerschman (1995), diversas manifestações populares, como por exemplo o fechamento de estradas importantes, tiveram ampla difusão na mídia. O resultado foi um amplo alcance, seja no interior do movimento popular, seja no tocante as medidas implementadas pelo governo para deter a epidemia.

Para Gerschman (1995), é na fase de institucionalização que ocorre a grande cisão interna deste movimento, resultado de conflitos que já se configuravam ao longo de seu desenvolvimento, e que vão se constituir em uma das principais causas de sua paralização política. Identificam-se aí duas grandes facções: uma que localiza o Estado como espaço exclusivo das classes dominantes, cujas ações, em última análise, sempre tenderão ao controle social sobre a população (e não pela população). Assume, portanto, uma postura autonomista em relação à máquina estatal e defende a estatização da área da saúde. Outra que, ainda que considere o Estado como domínio da burguesia, não o considera um bloco monolítico a ponto de não haver possibilidade de pressionar e negociar para obtenção de conquistas sociais e políticas.

Daí decorre que, para os defensores da primeira posição, a institucionalização do movimento em saúde pode significar sua cooptação pelo Estado. Neste sentido tanto Jacobi (1989), como Gerschman (1995) apontam a resistência à institucionalização, que caracterizava, desde o início, estes conflitos.

Na verdade, configuram-se durante todo este processo diferentes tendências e visões sobre a reforma sanitária, cujos poderes a todo momento se chocam e reivindicam seu espaço. Enquanto o objetivo maior desses movimentos constituía-se na consolidação da democracia, foi possível conviver com certas diferenças. No momento em que a democracia toma forma, mostrando suas limitações, não é mais possível tal convivência e o conflito passa a ser o mais importante. Então, na análise de Gerschman (1995), a atuação política “para fora”, que havia caracterizado o movimento na fase anterior, passa a uma ação encaminhada “para dentro” do movimento, o que leva a intermináveis discussões político-ideológicas que acabam esvaziando o movimento popular em saúde.

Mas, há outros aspectos igualmente importantes que também somam como resistência à implantação da reforma idealizada.

O primeiro, situa-se na cúpula governamental da “Nova República”, que após um ano de governo (1986), imprime um sentido de estagnação às reformas solicitadas no setor saúde. Após a 8ª Conferência, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ao contrário do que havia sido previsto, acaba tendo um privilegiamento na representação governamental, em detrimento da representação usuária, deslocando a luta que vinha ocorrendo no âmbito social para o interior dos organismos estatais, mais precisamente no Ministério da Saúde e mais fortemente na Previdência Social. (Gerschman, op. cit.)

O segundo aspecto, se refere a mudança de papel do movimento médico nessa reforma. De uma das grandes expressões do movimento social em saúde na década de 70 e começo da de 80, este movimento, a partir de meados de 80, passa a centrar-se nas questões mais práticas de implementação da reforma, observando-se um abandono dos princípios centrais da mesma. Mesmo engajados nas questões atinentes as mudanças das políticas de saúde, existia uma distância entre as proposições gerais da categoria e a transformação de sua prática, dentro de uma orientação em que interesses corporativos ficassem em segundo plano. (Gerschman, op. cit.)

De modo geral, o que vamos observar no período após a 8ª Conferência de Saúde é que, se houve ganhos do “movimento sanitário” rumo à democratização da saúde, estes foram mais em nível legal – inclusive no âmbito constitucional. No plano das práticas, houve uma série de problemas que passam a colocar em risco a implementação do ideário do SUS, havendo um visível descompasso entre os avanços rápidos conseguidos até e na 8ª Conferência e o processo constituinte e o ritmo lento e turbulento da implementação da reforma.

Assim, no relatório final da 8ª Conferência, a participação da população já aparece como forma de garantir o controle social sobre as ações e políticas de saúde. Entretanto ao sancionar a Lei nº 8.080/90, que prevê concretamente a formação de conselhos de saúde em níveis federal, estadual e municipal, o então Presidente, Fernando Collor, veta todos os artigos que se referem à instituição da participação popular. Com a pressão da Plenária Nacional de Saúde, acaba sendo aprovada, no mesmo ano, a Lei nº 8.142/90, que finalmente dispõe sobre a realização obrigatória das conferências de saúde nos três níveis federal, estadual e municipal e sobre a criação dos conselhos de saúde, nestas mesmas instâncias.

Nos decorrer dos anos 90, o que vamos observar é, por um lado, a continuidade dessa constante tensão entre aqueles que desejam a legítima institucionalização da participação popular em saúde e a ambigüidade do governo em aceitá-la e incorpora-la como prática; por outro lado, a regulamentação da participação em saúde acaba por suplantando o discurso anti-institucionalização, que desaparece, quase que totalmente, no discurso sanitário, após a 8ª Conferência. Nas negociações em torno da regulamentação dos órgãos participativos, permanece somente aquele discurso de que, mesmo sendo difícil, a institucionalização da participação é o único caminho viável para o controle social dos serviços de saúde pela população. Vejamos a seguir como os conselhos de saúde são pensados pelo Movimento Sanitário.

2.2.1 A Instituição dos Conselhos de Saúde no Brasil

A idéia de participação da comunidade nas decisões relativas à saúde – o denominado controle social, vem expressa na própria forma “participativa” como foi planejada a 8ª Conferência, realizada em 1986, e permeia todas as discussões ali realizadas, como atestam vários de seus escritos e o relatório final. Yunes, à época Secretário da Saúde de São Paulo, ao longo de sua exposição sobre o tema “Participação Social em Saúde” discute a participação, questionando em determinado momento como poderia haver algum controle (sobre a corrupção) sem a presença do usuário na gestão da saúde. Finaliza a temática afirmando que a participação é possível, apesar da situação estrutural da sociedade brasileira e se “constitui no principal instrumento de avanço para as conquistas verdadeiras das populações carentes” (Ministério da Saúde, 1986). Ainda, no mesmo documento outros conferencistas se pronunciam sobre o controle social. Hésio Cordeiro aborda a questão da importância da democratização dos serviços, que pode se concretizar através da descentralização; André César Médici e Pedro Barros Silva, ao abordarem o tema do financiamento falam sobre os “mecanismos de controle e participação públicos da ação estatal na área social”, sugerindo uma gestão colegiada nas três esferas de governo, porém demonstram dúvidas de como se estruturariam as representações nestes órgãos; Francisco de Assis Machado analisa a participação na estrutura política Brasileira ; Luiz Cordoni Júnior relata a experiência positiva do Paraná em relação as “comissões de saúde” (como eram denominadas no Plano CONASP) e no interior dos próprios serviços de saúde, através de dinâmicas envolvendo os funcionários do setor. (Ministério da Saúde, op. cit.).

Em todas estas falas em que há uma predominância da discussão em torno do tema “participação”, com alguns bordejamentos da forma que poderia assumir, na prática e no “Relatório Final” do mesmo documento (Ministério, 1986), já vamos encontrar propostas concretas para viabilizá-la. Assim, no item 24 e 25, do Tema II, é mencionada a criação de um novo conselho Nacional de Saúde, com participação de setores sociais e é prevista a criação de conselhos em nível local, municipal, regional e estadual, com participação dos usuários. (Ministério da Saúde, op. cit.)

Entretanto, somente em 1990, através da Lei nº 8142/90, é que são definidas as diretrizes de funcionamento dos mecanismos de participação, o que é posteriormente

aperfeiçoado em outras recomendações e leis. Importante lembrar o que já mencionamos acima, de que a primeira proposta de operacionalização dos mecanismos participatórios se dá através da Lei Orgânica de Saúde (nº 8080/90), cujos artigos referentes a este tema foram todos vetados pelo Presidente da República.

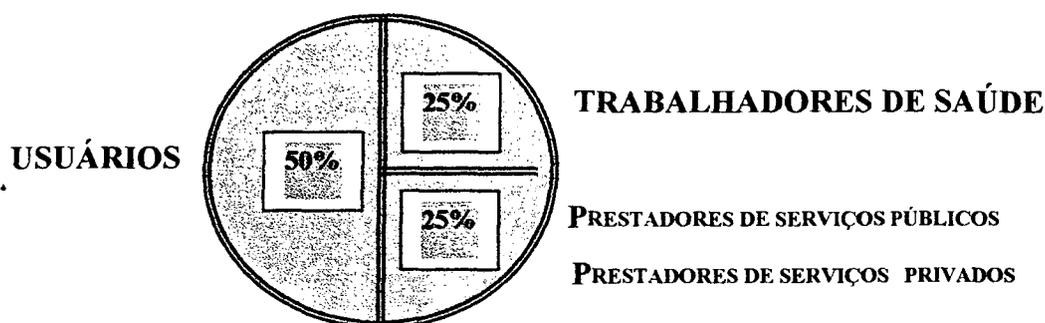
Na Lei nº 8.142/90 temos (artigo 1º, parágrafo 1º) que a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) se fará a partir da realização de **conferências de saúde** e da instituição de **conselhos de saúde** nas três esferas de governo. As **conferências de saúde** e os **conselhos de saúde** constituem-se em órgãos colegiados.

A **conferência de saúde** (em caráter nacional) “reunir-se-á a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (...)”; o **conselho de saúde** reunir-se-á “em caráter permanente e deliberativo, sendo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”. (Lei nº 8.142/90)

Os conselhos são considerados os principais órgãos de participação da sociedade, na definição do sistema e serviços de saúde nos níveis, nacional, estadual e municipal.(Gerschman, 1995). Não se constituem nos únicos órgãos de controle social do SUS, existindo além desses órgãos de caráter misto, os pertencentes à esfera do Estado e os pertencentes à sociedade civil (comissões de saúde, tribunais de contas, etc.).

No que diz respeito à composição dos conselhos, a lei é clara, definindo que deve haver paridade entre o número de usuários, presentes no conselho, e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho são usuários e os demais segmentos seriam distribuídos entre os 50% restantes (Ministério da Saúde, 1998).

Segundo a Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, a composição do conselho deve ser como mostra a figura abaixo:



Ainda, segundo esta Resolução, os conselhos não devem possuir menos de 10, nem mais de 20 membros e os conselheiros que representam os usuários devem ser indicados, impreterivelmente, pelas entidades ou movimentos a que pertencem.

Em pesquisa realizada sob os auspícios do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, em 1993 (apud Gerschman, 1995), foram legalmente instituídos em 14 unidades federadas de um total de 27. Dentre os 4973 municípios brasileiros, a pesquisa cadastrou 3376, dos quais 2108 (62%) já haviam constituído legalmente seus conselhos.

Entendemos que a definição de participação social vem carregada de idealidade e é o próprio Ministério (1998) quem admite, que embora esteja prevista em lei, a participação social é um processo, em permanente construção, comportando avanços e recuos. Observamos que desde a implantação dos conselhos, têm se travado inúmeros debates, os quais, infelizmente, pouco têm ultrapassado os limites da própria área da saúde, na qual através das experiências dos diversos municípios tenta-se ajustar os mecanismos de participação.

Frente às dificuldades de implementação dos conselhos como reza a Lei, à constante ameaça de “prefeiturização” e mediante experiências positivas em alguns municípios brasileiros, tanto a 9ª como na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em seus relatórios finais, fazem recomendações que refinam, regulamentam e tentam aprofundar os mecanismos de participação, especialmente o dos Conselhos. Em 1998, o Ministério da Saúde lança um documento denominado “O SUS e o Controle social Guia de Referência para Conselheiros Municipais”, no qual explicita as condições necessárias para o adequado funcionamento dos conselhos, critérios que permitem avaliar como anda a participação nesses órgãos. São elas:

a **representatividade**: que diz respeito à relação do conselheiro com suas bases, de modo que atue como seu interlocutor;

➤ a **legitimidade**: que é a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão, adquire quando verdadeiramente representa as idéias de um grupo ou de toda a sociedade;

➤ a **autonomia**: um conselho que possui autonomia é aquele que tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento. Isto deve ser garantido pelas Secretarias de Saúde nos âmbitos estaduais e municipais, sem que este trabalho seja confundido com o trabalho das Secretarias;

➤ a **organicidade**: que se caracteriza pelo grau de organização em que o trabalho do conselho acontece: a freqüência às reuniões, a presença regular dos conselheiros, o uso do regimento interno, etc.;

➤ a **permeabilidade**: que diz respeito a sua capacidade de estabelecer um canal de recepção das demandas sociais locais, as quais deverão pautar as discussões e decisões do conselho;

➤ a **visibilidade**: que caracteriza a transparência de atuação do conselho frente à sociedade. Depende da relação com os canais locais de comunicação, bem como da criação de seus próprios canais de comunicação, tais como, boletins informativos e outros tipos de publicação;

➤ a **articulação**: que se expressa pela capacidade do conselho em estabelecer relações não só com outros conselhos, municipais, estaduais e nacional, mas, também, com conselhos de outras áreas sociais, instituições de saúde e ainda Câmara de Vereadores, Assembléias Legislativas, etc.

Se olharmos atentamente estes critérios, observaremos que podem ser reveladores, quanto ao estado de democratização em que se encontram nossos Conselhos. Esta democratização, por sua vez, depende de como se articulam os diversos poderes que o atravessam. Sendo assim, faz-se necessário um percurso teórico para compreensão de como podem se dar tais relações de poder e de como podem estar articuladas (ou não) aos ideais da democratização dos serviços.

2.3 AS REDES DE PODER NA AÇÃO POLÍTICA

Pensar o controle social em saúde numa perspectiva democrática, suscita a busca

de um referencial que dê conta de analisar a questão do poder, fundamental na determinação do que foi e do que é possível instituir-se hoje como prática de controle social, entendido aqui como ficou estabelecido a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde- *como o poder de controle da população sobre as ações e políticas de saúde do Estado*.

A tentativa agora é, pois, a de tentar sistematizar o que foi pensado por Foucault, e outros estudiosos de sua obra, sobre o poder. Além disso, tentar pensá-lo como um dos elementos inerentes e indispensáveis à ação política e portanto à participação, para o que buscamos algum apoio no pensamento de H. Arendt e outros estudiosos.

O controle social que acabamos de abordar no capítulo precedente, contrário ao que foi preconizado quando da implantação do SUS, não se restringe, somente à área de saúde. Ele emerge na trama social e tem inúmeros dispositivos, que se fazem sentir em diversas instâncias que regem a vida, como por exemplo a escola, o exército, a fábrica, etc, os quais em conjunto se potencializam e se reforçam. Esse é um dos deslocamentos que a análise genealógica de Foucault¹² proporciona em relação à ciência política, que limitava ao Estado o fundamental de sua investigação de poder. Falando sobre a obra de Foucault, Machado (1993) diz que o que aparece como evidente é a existência de formas de exercício de poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive a sua sustentação e ação eficaz. Para mostrar como estes poderes se consolidam na área da saúde é que realizamos uma volta sobre a história de nossas práticas e é, também, nesta perspectiva que tomaremos um Conselho de saúde como objeto de estudo, pois, suas práticas expressam o exercício concreto de uma microfísica de poderes, que têm relação entre si e com o contexto mais geral.

Por mais que tenha teorizado sobre o poder, Foucault não se pretendeu teórico do poder, pois para ele não existe algo unitário e global ou uma teoria geral do poder, mas formas díspares, heterogêneas, em constante transformação, que só serão explicitadas a partir de análises, também fragmentárias e transformáveis, que organizem dados explicitando suas interrelações e desenvolvendo implicações (Machado, 1993). Portanto, a análise do poder só pode ser feita a partir de inserções precisamente localizadas (é o que ele chama de cinismo local do poder).

¹² Foucault (1993) entende por genealogia como uma forma de história das relações de poder, que possibilitaram a constituição dos saberes, dos discursos e das instituições.

A maioria dos estudos políticos no âmbito do poder o vêem como algo negativo, relativo somente à questão jurídica da interdição. A análise partia dos seguintes elementos: estabelecimento de uma relação negativa com o objeto a ser investido no sentido de barragem, rejeição, recusa, exclusão; estabelecimento de leis (lícito/ilícito, permitido/ proibido) consoantes a um sistema de punições/interdição, a partir de três modos: afirmar que não é permitido, impedir que se diga, negar que exista; e, finalmente, o exercício do poder em forma de dispositivo, ou seja, de alto para baixo, em suas decisões globais, como em suas intervenções capilares (Foucault, 1997). Esses modos de pensar com base no modelo legal ou institucional (Estado), não davam conta de definir o poder se quiséssemos usá-lo ao estudar a objetivação do sujeito. (Foucault apud Dreyfus e Rabinow, 1995).

O ponto de partida de Foucault para estudar o poder, diferentemente da maioria desses estudos, é que o poder não é algo somente negativo, proibitivo, como a primeira vista podemos pensar. Foucault se pergunta:

"por que se aceita tão facilmente essa concepção jurídica do poder? Numa sociedade como a nossa, onde os aparelhos de poder são tão numerosos, seus rituais são tão visíveis, e seus instrumentos tão seguros, (...) que foi a mais inventiva em mecanismos de poder sutis e delicados, por que essa tendência de reconhecê-lo sob a forma negativa e desencarnada da interdição?"
(Foucault, 1997, p. 83).

Para o autor essa é uma razão tática: "somente mascarando uma parte importante de si mesmo, o poder é tolerável" (Foucault, op. cit.). Desse modo, sua idéia básica é a de mostrar que as relações de poder não se passam somente nem ao nível do direito, nem da violência; nem são basicamente contratuais, nem unicamente repressivas. É falso definir o poder como algo que diz não, que impõe limites, que castiga. A uma concepção negativa que identifica o poder com o Estado e o considera essencialmente como aparelho repressivo, no sentido em que seu modo básico de intervenção sobre os cidadãos se daria em forma de violência, coersão, opressão, Foucault opõe uma concepção positiva que pretende dissociar os termos dominação e repressão.

A dominação capitalista não conseguiria se manter, se fosse exclusivamente baseada na repressão. De fato o poder produz ; ele produz real; produz domínios de objeto e rituais de verdade. O poder possui uma eficácia produtiva; uma "positividade" e é justamente

esse aspecto que explica o fato de ter como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo. O que lhe interessa não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível utilizá-los ao máximo. Portanto, aumentar a utilidade econômica e diminuir os perigos políticos, aumentar a força econômica e diminuir a força política. Foi esse tipo de poder específico que Foucault chamou de "poder disciplinar" ou "disciplina": essa técnica, esse instrumento de poder que fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista (Machado, 1993).

A tematização do poder não surge para Foucault logo no início de sua obra, como veremos a seguir. Situando sua própria obra na introdução do *Uso do Prazeres* (1994c), Foucault diz que primeiramente interrogou-se a respeito das práticas discursivas que articulavam o saber. Procurando estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as interações discursivas, respondia como os saberes apareciam e se transformavam. E tal foi nosso propósito no capítulo sobre o controle social e a medicalização da existência, onde tentamos estabelecer essa relação entre saberes da área médica que foram aparecendo e se transformando ao longo do dois últimos séculos e impondo verdades que se convertem em controles.

Na fase seguinte, Foucault estuda os jogos de verdade em referência às relações de poder (Foucault, 1994b). A partir do estudo das práticas punitivas e da sexualidade, demonstra que há uma "microfísica do poder", o que significa tanto um deslocamento do espaço de análise, quanto do nível em que esta se efetua, na medida em que a consideração do poder em suas extremidades, a atenção a suas formas locais, a seus últimos lineamentos, tem como correlato a investigação de procedimentos técnicos de poder que realizam um controle detalhado do corpo (Machado, 1993, p. XII). Importante salientar que as questões do poder já estavam presentes nas primeiras obras quando o poderes locais se articulam com saberes específicos como a medicina (*Nascimento da Clínica*), embora Foucault só as tenha analisado mais adiante. E é nesse sentido, também que analisamos o saber médico e suas transformações, ou seja, de que foi e é um saber positivo que gerou determinados poderes, principalmente no que tange aos controles exercidos, tanto sobre indivíduos (disciplinamento) como sobre populações (bio-políticas), de modo que nossa subjetividade em saúde ficou, de certo modo submetida a uma lógica absolutizante que é a da medicina moderna.

Em seus últimos trabalhos, Foucault estuda "os jogos de verdade na relação de si

para si e a constituição de si mesmo como sujeito, tomando como espaço de referência e campo de investigação aquilo que se poderia chamar 'o homem do desejo' "(Foucault, 1994c, p. 11). A tentativa foi de elaborar "uma ontologia histórica de nós mesmos em relação à ética através da qual nos constituímos em agentes morais", em outras palavras, jogos de verdade que tem tanto a ver com uma prática coercitiva quanto com a autoformação do sujeito, sua subjetivação (Alvárez-Uría, 1987, p. 9).

Através de seus vários estudos em diferentes momentos e temas, Foucault demonstra que as "relações de poder" não estão restritas apenas ao âmbito político-governamental - ainda que este seja o mais importante - ou de uma classe social dominante, mas estão presentes em qualquer tipo de relação (relações amorosas, institucionais ou econômicas) em que se queira dirigir a conduta do outro. Encontramos maior precisão sobre esta especificidade das relações de poder em Dreyfus e Rabinow (1995, p. 242): "o exercício do poder não é simplesmente uma relação entre 'parceiros' individuais ou coletivos; é um modo de ação sobre os outros". O poder só existe em ato, mesmo que se inscreva num campo de possibilidade esparso, que se apóia sobre estruturas permanentes.

Aquilo que define uma relação de poder, é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. O *exercício do poder* é um *conjunto de ações sobre ações possíveis*; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são susceptíveis de agir. Dentro da perspectiva de ser uma ação sobre outras ações, o poder, é menos da ordem do afrontamento entre dois adversários ou do vínculo de um com relação ao outro, do que da ordem do 'governo', tomando como 'governo' o significado amplo que tinha no século XVI, modo de dirigir a conduta dos indivíduos. 'Governar' neste sentido é estruturar o eventual campo de relação dos outros. (Dreyfus e Rabinow, op. cit.)

↳ Uma relação de poder, ao contrário de uma relação de violência pura, que fecha todas as possibilidades, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que o 'outro' (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim sujeito de ação; e que se abra diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. Neste sentido poder não é violência, nem consentimento, embora estes possam ser seus instrumentos ou

efeitos e não se possa dispensar um ou outro.(Dreyfus e Rabinow, op. cit).

Em sua obra “A História da Sexualidade” Foucault (1997, vol.1, p. 88) caracteriza o poder como

“a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, reverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens, contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais”.

Portanto, para Foucault, **o poder funciona em rede** de modo que seu exercício mais ínfimo, encontra apoio em outros pontos da rede, pode se potencializar e potencializar outros poderes.

Foucault diferencia relações de dominação e relações de poder. Nas relações de dominação as relações de poder são fixas e bloqueadas, o que impede a mínima reversibilidade de movimentos, mediante instrumentos que podem ser tanto econômicos, como políticos e militares. No caso das relações de poder tem uma extensão extraordinariamente grande nas relações sociais pois, como acabamos de caracterizar acima, são instáveis e permitem aos diferentes participantes o uso de estratégias que as modifiquem. A multiplicidade de relações de poder serve para tornar impossíveis as relações unilaterais de dominação.(Alvárez-Uría, 1987; Schmid, 1994).

Faz, ainda, algumas “precisões” sobre o poder, as quais serviriam como um “pano de fundo” para quem se propõe a analisá-lo (Foucault, 1994c, p. 89-91):

- *“o poder não é algo que se adquira (...); se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis;*
- *(...) as relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimento, relações sexuais), mas lhe são imanentes (...); possuem, lá onde atuam um papel diretamente produtor;*
- *(...) o poder vem de baixo, isto é, não há uma oposição binária e global entre*

os dominadores e os dominados(...). Deve-se (...) supor que as correlações de força múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e instituições, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social;

➤ (...) as relações de poder são intencionais (...) e não subjetivas; a racionalidade do poder é a das táticas, muitas vezes bem explícitas no nível limitado em que se inscrevem - cinismo local do poder - que encadeando-se entre si, invocam-se e, se propagando, encontram em outra parte apoio e condição, esboçam finalmente dispositivos de conjunto (...);

➤ que lá onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder.(...). Esses pontos de resistência estão presentes em toda rede de poder. Portanto não existe, relativamente às relações de poder, um lugar da grande recusa (...), mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas , arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder.”

Creio que a consideração destes pontos, na análise que faremos de um Conselho são de extrema importância. No entanto, gostaríamos de refletir mais profundamente sobre o fato de que não haveria exterioridade entre técnicas de saber e estratégias de poder (2º ponto da exposição acima), porquanto, considerando nosso objeto específico, o vislumbramos como um dos pontos, sobre o quais o exercício do poder acontece de modo bastante visível.

Quero dizer, a “verdade” enunciada no e pelo Conselho, é possível graças a determinados procedimentos de poder. Como afirma Foucault (1993), a existência da “verdade” só é possível graças à múltiplas coerções, que ao mesmo tempo produzem efeitos regulamentados de poder, isto é discursos que acolhe e faz funcionar como verdadeiros, mecanismos e instâncias que permitam distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros, o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

A circulação da verdade em nossas sociedades tem cinco características que são: 1) a centralização na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; 2) que está

submetida a uma constante incitação econômica e política; 3) é objeto de uma imensa difusão e de um imenso consumo; 4) é transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, dos grandes aparelhos políticos ou econômicos; 5) é objeto de debate político e de confronto social. (Foucault, op. cit.). Decorre dessa múltipla inserção discursiva que a verdade não pode ser uniforme e estável, mas, um jogo complexo e instável, onde não há uma divisão entre o discurso admitido e excluído ou entre o discurso dominante e dominado, mas vários elementos discursivos, que podem entrar em estratégias diferentes.

Uma consequência disto é que os efeitos dos discursos serão diferentes dependendo de quem fala, sua posição de poder, contexto institucional em que se encontra, etc. Outra consequência é que o discurso, o saber, pode ser, ao mesmo tempo instrumento e efeito de poder, mas, também ponto de resistência, ponto de partida para uma estratégia oposta. (Foucault, 1997). Por isso, não há outra forma de resistir a uma verdade hegemônica que queremos modificar senão através da busca do conhecimento, ainda que para contrariá-la. Isto significa que somente atuando dentro deste sistema de “busca da verdade” que temos hoje disponível é possível libertar a verdade dos efeitos de poder que a fixam.

Falando das relações de saber/poder como efeitos do poder disciplinar, Machado (1993) diz que a grande importância estratégica que desempenham nas sociedades modernas, depois do séc. XIX, vem justamente do fato de elas não serem negativas, mas positivas, quando tiramos deste termo qualquer juízo de valor moral e pensamos unicamente na tecnologia política empregada. Para o autor, está posta aí uma das principais teses da genealogia: *o poder é produtor de individualidade*. O indivíduo é uma produção do poder e do saber¹³. Não é certamente todo o poder que individualiza mas aquilo que Foucault chama de

¹³ Já descrevemos algumas características dessa técnica disciplinar de fabricação de "corpos dóceis", quando nos referimos a sua introdução no espaço hospitalar, mas cabe aqui especificá-la novamente, agora referindo-a a um contexto mais geral, que permitiria aplicá-la de diferentes maneiras, em diversos locais ou instituições, como no exército, nas escolas, nos hospitais, nas prisões, etc. Tem, assim, como características:

1. uma arte das distribuições, que pressupõe a "especificação de um local heterogêneo a todos e fechado em si mesmo"; um quadriculamento que determina "cada indivíduo no seu lugar e um lugar para cada indivíduo"; a localização funcional que determina a utilidade de cada espaço e a classificação dos elementos que podem ocupar determinadas posições, que cruzadas podem desembocar em vários arranjos, de modo que circulem numa rede de ligações operatórias (Foucault, 1994b, p.130-133);

2. o controle da atividade, através de horários pré-determinados que devem, também, constituir um tempo integralmente útil; da elaboração temporal do ato que ajusta o corpo à imperativos temporais; da busca de uma condição de eficácia e rapidez na atividade através da precisa correlação entre corpo e gesto; da definição das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula e da utilização exaustiva do tempo no intuito de acelerar uma operação, segundo um rendimento ótimo de velocidade; (Foucault, op. cit. p. 136-140)

“poder disciplinar”. Em suma, o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, que é por ele anulado; é um dos seus mais importantes efeitos. A existência de um tipo de poder que pretende instaurar uma dissimetria entre os termos de sua relação, no sentido em que se exerce o mais possível anonimamente e deve ser sofrido individualmente, é uma das grandes diferenças entre a sociedade em que vivemos e as sociedades que as precederam.

✕ A disciplina tem ainda a "vantagem" de não ser um poder oneroso, mas modesto e no entanto permanente, que se utiliza de instrumentos simples para garantir que o uso dos preceitos chegue a seu termo: olhar hierárquico, que se constitui numa pirâmide de olhares cuja visibilidade máxima é garantida no topo, através do encaixe perfeito entre os demais níveis, de tal modo que ao final quem olha não seja visto (Foucault, op. cit., p. 153-158);

1. a sanção normalizadora, que funciona como um pequeno mecanismo penal ("infra-penalidade"), dando função punitiva às infrações mais tênues, colocando-as num patamar de inadequação à regra, corrigindo os "desvios", recompensando o que segue a regra, enfim utilizando um jogo de promoções ou rebaixamentos (Foucault, op. cit., p. 159-164);

2. exame que para Foucault está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de saber/poder, e que consiste numa combinação das duas técnicas anteriores e permite qualificar, classificar e punir, impondo aos que submete uma visibilidade obrigatória. (Foucault, op. cit., p. 164-171)

3. O "Panóptico" de Bentham¹⁴, figura arquitetural da composição entre o modelo da peste (quadriculamento e disciplina do espaço urbano) e o da lepra (exclusão) trazido por Foucault em seu "Vigiar e Punir" (1994b), finalmente parece encerrar a representação do

3. a organização das gêneses, dividindo a duração da atividade em segmentos sucessivos ou paralelos, dos quais se deve chegar a um termo específico; organizando as seqüências segundo uma complexidade crescente; finalizando os segmentos temporais com uma prova, colocando em série atividades sucessivas de modo a possibilitar o controle detalhado e a intervenção pontual a cada momento do tempo; (Foucault, op. cit. p. 143-145);

4. composição das forças, reduzindo o corpo a uma "peça da engrenagem" que deve funcionar a ela articulado; ajustando os tempos individuais de modo que se possa extrair a máxima quantidade de forças e cuja combinação exige um sistema preciso de comando. (Foucault, op. cit. p. 146-149).

¹⁴ Figura arquitetural constituída de uma "construção em anel na periferia; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; a outra que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central (...). Pelo efeito da contra-luz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia". (Foucault, 1994b, p. 177)

poder totalizante, que a partir de determinada época foi penetrando todos os espaços arquiteturais e o imaginário dos homens, à medida que torna o poder tanto mais anônimo e funcional, quanto individualizante. visibilidade obrigatória. (Foucault, op. cit., p. 164-171)

O "Panóptico" de Bentham¹⁵, figura arquitetural da composição entre o modelo da peste (quadriculamento e disciplina do espaço urbano) e o da lepra (exclusão) trazido por Foucault em seu "Vigiar e Punir" (1994b), finalmente parece encerrar a representação do poder totalizante, que a partir de determinada época foi penetrando todos os espaços arquiteturais e o imaginário dos homens, à medida que torna o poder tanto mais anônimo e funcional, quanto individualizante.

O Panóptico, pela disposição das celas, permite uma visibilidade máxima do encarcerado pelo vigia, sem que este o veja. E este é seu efeito mais importante: "induzir um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder". Como o poder é visível, mas inverificável, não é necessário que tenha uma ação contínua, para que seu efeito seja contínuo: é um poder anônimo que tudo vê.

Este poder individualizante que Foucault (1997) denomina *anátomo-política do corpo humano* se constitui o primeiro pólo de poder a ser formado. O segundo, se formou por volta da metade do século XVIII, centrando-se no *corpo-espécie*. Os processos aí formados são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma *bio-política da população*. As disciplinas do corpo e as regulações das populações constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder – principalmente do Estado - sobre a vida. Insere-se aí o tema do 'poder pastoral' desenvolvido junto com a racionalidade dos Estados Modernos e que aos poucos o transforma em Estado 'Providência'.

A transformação do poder no ocidente, que na área da saúde tem como efeito o controle cada vez maior da população através dessa bio-política, traz em seu bojo esse modelo de poder panóptico, de cujo olhar nada escapa. Transposto para a sociedade de modo geral a

¹⁵ *Figura arquitetural constituída de uma "construção em anel na periferia; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessand toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; a outra que dá para o exterior, permite que a luz atravessasse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central (...). Pelo efeito da contra-luz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia". (Foucault, 1994b, p. 177)*

partir do séc. XVIII na Europa, o modelo de disciplinarização não faz somente com que os indivíduos se tornem obedientes e as instituições se pareçam com casernas, prisões ou escolas, mas obtém um ajuste cada vez mais controlado entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder. (Foucault, apud Dreyfus e Rabinow, 1995).

Nas estruturas burocratizadas e hierarquizadas do poder moderno, há sempre alguém "vigilando" (controlando, registrando, pesquisando) outro alguém, de modo que o poder continua cada vez mais se exercendo de maneira anônima (através das políticas dos Estados, por exemplo), fato que lhe confere ainda mais poder, pois não há um inimigo concreto contra quem lutar. Quanto maior for a burocratização da vida, maior a possibilidade de violência, pois não há ninguém com quem se possa efetivamente argumentar. (Arendt, apud Lafer, 1991).

E mais, como seu exercício se dá em toda a estrutura, se exerce em rede e não somente em escala descendente, isso lhe garante um controle contínuo e infinitesimal. Por isso torna-se tão difícil atravessar esses poderes, tal é o encadeamento e o quanto estão imbricados, um sistema que há todo momento cria novas formas de mascará-los.

No entanto, a resistência, imanente a qualquer poder, pode ser a chave para desmascarar e desmontar essa racionalidade por trás do seu exercício. E os movimentos de resistência no momento atual (minorias étnicas, movimento feminista) tentam resgatar, justamente, aquilo que o poder disciplinar extirpou: a subjetividade - no sentido da diferença, inerente ao fato de que cada ser humano é único - e o sentido de comunidade como colocado por Santos (1995) - idéia de igualdade sem mesmidade e de autonomia com solidariedade.

Para melhor compreender e aprofundar o conceito de resistência como um poder que se contrapõe, pode ser útil verificar como Arendt o conceptualizou. O conceito de poder em Arendt, "resulta da capacidade humana, não somente de agir ou de fazer algo, como de unir-se a outros e atuar em concordância com eles" (Arendt apud Habermas, 1980). Sua materialização na sociedade moderna são as instituições políticas. Se as instituições existem a partir de consensos formados através da opinião pública, para Arendt estas mesmas instituições perdem sua legitimidade no momento em que a "força viva do povo deixa de apoiá-las".

O conceito de resistência em Foucault consiste, justamente, em tentar fazer o poder circular, ou seja, distribuí-lo para que não se transforme em dominação. Portanto, só podem existir relações de poder na medida em que os sujeitos são livres, que exista, pelo menos, um certo tipo de liberdade das duas partes. Em última análise, se não existem

possibilidades de resistência, não há relações de poder. De outra parte, se existem relações de poder através de todo campo social é porque existem possibilidades de liberdade em todas as partes, o que é diferente da dominação, onde as relações são tão fixas que podem tornar-se perpetuamente assimétricas.

Enquanto em Foucault o poder não é só negativo, mas carrega também a positividade na medida em que é produtivo e encerra em si mesmo a possibilidade de resistir a ele, em Arendt (apud Habermas, 1980), o conceito de poder é mais radical e só existe como poder positivo, ou seja, só há poder onde seja possível uma relação entre iguais, de outra forma é violência.¹⁶ Entendo que tanto o conceito de poder em Foucault, como em Arendt poderiam ser um ponto de partida para pensarmos o controle social requerido após a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Se tomarmos o poder como foi concebido por Arendt, este poderia converter-se na utopia a ser buscada, cuja condição de realização seria o estabelecimento de relações entre iguais. Já o conceito de resistência em Foucault nos remete para a possibilidade do exercício do poder, ainda que limitado, no aqui e agora violento de nossas diversas instituições, e nos dá a possibilidade de mobilidade rumo a relações mais simétricas ou cada vez menos dissimétricas, num continuum onde crescem as possibilidades de transitividade no exercício do poder ou de “empoderamento”.

Nesse sentido a reflexão de como se dão as resistências, como se caracterizam, de que estratégias se utilizam, pode ser útil para, em percebendo suas forças e debilidades, potencializá-las, mudando os atuais jogos de poder, de modo a distribuir melhor a possibilidade de jogar.

Entretanto, parece que, ainda, há uma distância grande a ser percorrida para que nossas instituições se tornem, de fato, democráticas, principalmente se tomarmos o poder como foi concebido por Arendt. Se tomarmos em conta os estudos de Foucault sobre poder e os confrontarmos com este conceito de poder em Arendt, concluiremos que inevitavelmente o homem moderno estaria limitado para o exercício do poder, já que desde o âmbito mais privado até o âmbito público pesam sobre ele os mais variados controles sociais, ficando a

¹⁶ *A relação entre o poder para Arendt e Foucault foi explorada por Caponi (1995), em artigo intitulado “Modos de violência, estratégias de resistência”. Vale lembrar que tanto Arendt quanto Foucault tematizam o poder a partir de uma perspectiva próxima a inaugurada por Max Weber. A relação entre Foucault e Weber é analisada por Alvarez –Uria, na introdução da obra “Hermenêutica do sujeito” (Foucault, 1987) e a dívida de Arendt com Weber, se enuncia em diferentes textos da autora.*

ação, propriamente dita, na maioria das vezes, inviável, restando-lhe "comportar-se" do modo como é esperado. O resultado é a "massificação" crescente das populações, que no dizer de Baudrillard (1985) nada mais é do que o resultado dessa desagregação que individualiza o homem cada vez mais, ao mesmo tempo em que o produz enquanto subjetividade homogênea.

Isso, para Arendt (1995), consiste na violência que ela relaciona com a diminuição crescente do "espaço público" (na acepção arendtiana do termo de espaço onde se exerce o poder), e foi o que levou a uma hegemonia do social (no sentido de dominação levantado por Foucault), como veremos a seguir a partir de seus estudos em "A condição humana".

2.3.1 O Exercício do Poder no Âmbito Público e Privado

Para os gregos, a esfera privada e a esfera pública não tinham a mesma conotação que adquiriram ao longo do tempo. Para eles a esfera privada se caracterizava basicamente por cuidar da conservação da vida, âmbito das necessidades, por ser um âmbito de violência e pela impossibilidade daqueles que a habitavam de serem vistos e ouvidos. Já a esfera pública, para eles, é o que decorre da condição propriamente humana - a ação política. Este âmbito não está sujeito às necessidades e se exerce basicamente a partir das relações entre seres humanos iguais (no sentido de relações simétricas), que ao mesmo tempo podem possuir pontos de vista diferentes.

Segundo Arendt (1995), a passagem da sociedade do interior do lar para a luz da esfera pública, não apenas diluiu a antiga divisão entre o privado e o político, mas, também, alterou o significado dos dois termos e a sua importância para a vida do indivíduo e do cidadão, a ponto de torná-los quase irreconhecíveis. Hoje, privado corresponde a intimidade; não nos ocorre de pronto aspecto de privação na "privatividade" e isto se deve ao enorme enriquecimento da esfera privada através do moderno individualismo. O fato histórico decisivo é que a privatividade moderna, em sua função mais relevante - proteger aquilo que é íntimo - foi descoberta, não como oposto da esfera política, mas da esfera social, com a qual tem laços ainda mais estreitos e autênticos.

A ascensão do social, coincidiu historicamente com a transformação da preocupação individual com a propriedade privada, em preocupação pública. É que o caráter

privativo da privacidade perdeu a força com o advento do cristianismo, cuja única responsabilidade política é a salvação do outro. Como consequência a economia doméstica assume proporções nacionais (é publicizada) e o público é reduzido a uma esfera restrita ao governo.

Nessa lógica *público e privado* reduzem-se à desejabilidade ou não da propriedade privada e a propriedade privada e riqueza acabam sendo a condição para que o indivíduo se torne cidadão. No moderno conceito de governo as pessoas têm em comum apenas interesses privados. A consequência desta inversão foi a paulatina submersão das esferas pública e privada, na esfera social: a esfera pública porque se tornou função da privada e a esfera privada porque se tornou a única preocupação comum que sobreviveu.

A invasão da privacidade pela sociedade, a socialização do homem, é mais eficazmente realizada através da expropriação da esfera privada em geral, e da propriedade privada, em particular.

A sociedade exige sempre que seus membros ajam como se fossem membros de uma enorme família dotada apenas de uma opinião e de um único interesse, consequência do declínio da família e sua absorção por grupos sociais correspondentes. A igualdade dos membros desses grupos, longe de ser uma igualdade entre pares, lembra muito mais a igualdade dos membros da família ante o poder despótico do chefe da casa, exceto que, na sociedade onde a força natural de um único interesse comum e de uma opinião unânime é tremendamente intensificada pelo próprio peso dos números.

Um fator decisivo é que a sociedade, em todos os seus níveis, exclui a possibilidade de ação. Ao invés da ação, a sociedade espera de cada um de seus membros um certo tipo de comportamento, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a "normalizar" os seus membros, a fazê-los comportarem-se, a abolir a ação espontânea ou a reação inusitada.

Esta igualdade moderna, baseada no conformismo inerente à sociedade e que só é possível porque o comportamento substituiu a ação como principal forma de relação humana, difere, em todos os seus aspectos, da igualdade dos tempos antigos, e especialmente igualdade na cidade-estado grega onde cada homem tinha constantemente que se distinguir de todos os outros, demonstrar através de feitos ou realizações singulares que era o melhor de todos. Em outras palavras a esfera pública era reservada à individualidade.

A economia e a estatística entram em cena quando se funda o social, assunto já

abordado quando falamos das bio-políticas. Os indivíduos são iguais, se comportam, portanto, são passíveis de serem contados. Se há fatos ou eventos estes são considerados anormais, há que nivelá-los, que normalizá-los.

A esfera pública para Arendt é a que possibilita, em última análise, a existência do próprio mundo. Para ela conviver no mundo significa ter um mundo de coisas interposto entre os que nele habitam em comum, como uma mesa se interpõe entre os que assentam ao seu redor. Como intermediário, o mundo, ao mesmo tempo, separa e estabelece uma relação entre os homens. A sociedade de massas a que nos referíamos no início de nossa argumentação emerge justamente da impossibilidade de co-existir a partir desse mundo que separa e ao mesmo tempo une as pessoas. "Na massa desaparece a polaridade do um e do outro" o que produz a impossibilidade de circulação de sentido (Baudrillard, 1985).

Relacionando os âmbitos público e privado aos regimes democráticos podemos dizer que a democracia consiste de um governo público em público, tanto no sentido de se contrapor ao que é privado como também de se contrapor ao que é secreto. Não que eventualmente não possam existir segredos, mas o caráter público é a regra, o segredo a exceção, e mesmo assim, não deve fazer a regra valer menos, já que o segredo é justificável apenas se limitado no tempo. Portanto, democracia é o governo do poder visível.

Mesmo com a democracia representativa o caráter público do poder permaneceu. Schmitt (apud Bobbio, 1997) mostra o nexos entre o princípio de representação e caráter público do poder, entendendo a representação como uma forma de apresentar, de fazer presente, de tornar visível o que de outra maneira restaria oculto. Não existe representação que se desenvolva a portas fechadas.

Entretanto, como acabamos de mostrar acima, convivemos nos dois últimos séculos com um poder invisível que se constitui em ameaça à democracia. Para fazer frente a esse poder invisível Bobbio valoriza a descentralização entendendo-a, também, como a revalorização da relevância política da periferia com relação ao centro.

O poder é mais visível quanto mais próximo está. De fato a visibilidade não depende apenas da apresentação em público, mas também da proximidade espacial entre o governante e o governado (Bobbio, op. cit.).

Pensando na figura do panopticum de Bentham, cujo poder emanado é onividente e invisível, sua reversão depende, em grande parte da publicização deste poder. Neste sentido, a opinião pública – entendida como opinião relativa aos atos públicos – para existir e se tornar

relevante depende da maior ou menor oferta ao público, entendida esta como visibilidade, cognoscibilidade, acessibilidade e portanto, controlabilidade, dos atos de quem detém o supremo poder. Para Kant (apud Bobbio, 1997, p. 90), a necessidade de visibilidade do poder não é só política mas moral: “todas as ações relativas ao direito de outros homens cuja máxima não é suscetível de se tornar pública, são injustas”.

No *panopticum* as relações são assimétricas, mas a forma de governo democrático, o contrato, nasce do acordo de cada um com os demais, portanto tem em suas origens essa possibilidade de busca de relações democráticas. Na verdade, o que distingue o poder autocrático do democrático é que apenas o segundo por meio da crítica e liceidade de expressão dos diversos pontos de vista, pode desenvolver em si mesmo anti-corpos e consentir formas de desocultamento (Bobbio, op. cit.).

Creio ser interessante a apropriação dessas reflexões quando tentamos pensar os poderes na área da saúde. Os conselhos de saúde são espaços públicos (ou pelo menos deveriam ser) que nascem da necessidade de controle do poder através de sua fiscalização e publicização. Entretanto, se configuram como resultado dessa série de transformações que sofreu o poder nas sociedades modernas. Portanto, a despeito da garantia legal de ser um órgão público com determinado poder, é, antes de tudo, espaço de luta, arena onde os diversos atores buscam o “governo” uns dos outros, e onde, muitas vezes, os interesses privados podem sobrepor-se ao público.

Assim, mais do que nunca, torna-se imprescindível noção de poder-resistência no sentido foucaultiano e o poder no sentido arendtiano, para que a participação da população nos serviços de saúde, seja algo concreto e real. A busca do exercício de poderes mais simétricos pressupõe, de um lado, a vivência democrática do ponto de vista coletivo – ou o que se pode chamar de participação-, de outro, a vivência democrática do ponto de vista do sujeito individual, que pode se chamar autonomia.

Mas como conciliar estas noções aparentemente opostas – autonomia e participação coletiva? É possível buscar uma autonomia que não leve ao individualismo (tão reforçado na atualidade), mas que tenha o outro como principal referência para a libertação? Enfim, como o compromisso com o interesse coletivo, pode ser pensado mais próximo da idéia de um sujeito que se constrói a si mesmo, não apenas a partir da relação consigo mesmo mas, na relação com o outro. Essa é a idéia que pretendemos desenvolver a seguir ao falar da ética numa perspectiva solidária, de compromisso com o outro.

2.4 POR UMA ÉTICA PARA A DEMOCRACIA

A idéia deste item é , parafraseando Álvarez-Uría (1987), refletir sobre as bases de uma nova ética em que a ação individual e o compromisso pessoal não estejam desvinculados dos interesses coletivos.

Trazendo a noção de poder, enquanto governo dos homens uns pelos outros, a qual vimos explicitando até agora, entendemos que sua existência só é possível entre ‘sujeitos livres’ – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Portanto, poder e liberdade coexistem, são inseparáveis, a liberdade é necessária para que o poder se exerça. (Dreyfus e Rabinow, 1995).

O problema da liberdade concerne ao que somos, ao que fazemos e a como nos percebemos; tem a ver diretamente com nossos comportamentos e sentimentos e Foucault, tendo um compromisso apaixonado em defesa da liberdade, é um dos estudiosos que traz novos materiais para fundamentar uma nova ética da existência, que permita responder qual é nossa relação com a ética, através da qual nos constituímos em agentes morais. (Álvarez-Uría, 1987). Em outras palavras, qual é a ética que pode nos tornar livres.

A busca desta resposta, vem ao encontro das preocupações de Foucault, Arendt, Álvarez-Uría, Bobbio, Goudbout, Santos, alguns dos autores com os quais dialogamos ao longo deste capítulo, e cujas reflexões colocam em cheque o exercício do poder nas sociedades democráticas.

Santos (1995) explica que a teoria política liberal, transformou a dimensão política em cidadania e confinou-a ao Estado. Com isso as outras práticas sociais foram despolitizadas, de modo que o despotismo das relações sociais pode conviver com a democratização das relações políticas; despotismo esse que foi levado às últimas conseqüências no fascismo italiano, no autoritarismo stalinista, etc, puros estados de dominação. Por isso, para Foucault (apud Alvarez-Uria, 1987), o grande objetivo do presente é fazer com que o fenômeno do fascismo (da dominação) não se repita, sendo para tanto necessária uma atitude ética que questione a política e a moral dominantes.

Especificamente na área da saúde, vivemos um momento de revalorização da ética, através da bioética. Entretanto, a tendência é que isto fique confinado à reflexão de situações

limite, como o aborto, a eutanásia, o projeto genoma, etc., deixando de lado temas que dizem respeito ao cotidiano vivenciado nos serviços de saúde, os quais, em última análise, têm relação direta com escolhas éticas desde o nível mais privado, como na relação profissional/cliente, por exemplo, até o nível mais público, em que são definidas as regras para distribuição dos recursos em saúde. Berlinguer (1996) chama a atenção para o que uma revista de um dos mais autorizados centros de bioética dos Estados Unidos, chamada *Hastings Center Report*, escreveu sobre a tendência da ética, hoje: há um retorno ao deserto moral, pois ontem a ética falava de justiça, de acesso aos serviços médicos, de direitos dos doentes; hoje se fala sobretudo de limitação dos tratamentos. Neste sentido a bioética pode ser desviada para legitimar escolhas de políticas restritivas na assistência aos doentes (bioética justificativa).

Vale ressaltar aqui o que aponta Berlinguer, sobre a questão da equidade em saúde nos dias de hoje. A meta de “saúde para todos no ano 2000”, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, em 1978, fica cada vez mais distante de uma realização concreta, mesmo porque, segundo o autor, constata-se a piora absoluta dos principais indicadores de saúde e crescem as diferenças entre nações desenvolvidas e subdesenvolvidas.

Além disso, tendo em vista a intensa regulação da sociedade, que no campo da saúde se traduz em uma medicalização massiva, vivenciada nos últimos cento e cinquenta anos, faz-se urgente e necessário o retorno da ética. Ética que nos impeça de “comportar-nos” apenas como prescrito por outrem, mas possibilite uma reflexão e ação individual e/ou coletiva acerca de escolhas que podem servir para o “bem” no campo da saúde, seja em nível individual ou coletivo.

Neste sentido, é paradoxal o fato de que, “no plano ético, nunca foi tão exaltado como agora, no âmbito da liberdade dos modernos, o princípio da autonomia e disponibilidade do próprio corpo”, quando, por exemplo, a mulher pode escolher fazer uma ligadura de trompas para não engravidar; “e ao mesmo tempo, o corpo nunca foi submetido a um controle externo mais absoluto”, quando por exemplo uma pessoa não pode submeter-se a um tratamento necessário, por não possuir recursos financeiros. (Berlinguer, 1996, p. 49)

Falamos, então, aqui de uma ética, que em última análise, impediria a fixação das relações de poder, tornando-as dominação. Neste sentido a ética é inseparável da forma como o indivíduo se dá, da escolha de si mesmo para não ser submisso à norma e às convenções. (Schmid, 1994).

Constituir-se em sujeito que governa implica que alguém se haja constituído em

sujeito que se ocupa de si (Foucault, 1987). Para compreensão desse cuidado de si como prática de liberdade, pode ser útil lançar mão dos estudos que fez Foucault, dos jogos de verdade na relação de si para si e a constituição de si mesmo como sujeito, em diferentes momentos da história, onde este cuidado teve diferentes significados e práticas.

Foucault (1995a) traça o desenvolvimento da hermenêutica de si, descrevendo as práticas de si em dois contextos históricos diferenciados:

1 - a filosofia greco-romana nos dois primeiros séculos A.C.

2 - a espiritualidade cristã e os princípios monásticos desenvolvidos no 4º e 5º séculos D.C.

O que faz Foucault neste estudo, é analisar a importância desta mudança no cuidado de si, ou seja, analisar a relação entre o cuidado e o conhecimento de si na cultura antiga, a relação que havia entre as tradições greco-romanas e cristãs entre o cuidado de si e o princípio do conhece-te a ti mesmo, pois que se trata de diferentes formas de cuidado, se trata de diferentes formas de si.

A primeira elaboração filosófica sobre o cuidado de si encontra-se em Alcebiades I de Platão. Ali podemos identificar algumas características deste cuidado de si, na Grécia antiga: cuidado de si sempre se refere a um estado político e erótico ativo, que inclui várias coisas como preocupar-se com suas posses e sua saúde e sempre é uma atividade e não somente uma atitude. Este sentido é melhor esclarecido quando, no 2º volume da História da Sexualidade, Foucault (1994c) refere que a liberdade no pensamento grego, não é simplesmente refletida como a independência de toda a cidade. A liberdade que convém instaurar e preservar, é aquela dos cidadãos no seu conjunto, mas é, também, para cada um, uma certa forma de relação do indivíduo para consigo. A atitude do indivíduo em relação a si mesmo, a maneira pela qual ele garante sua própria liberdade no que diz respeito aos seus desejos, a forma de soberania que ele exerce sobre si, são elementos constitutivos da felicidade e da boa ordem da cidade.

Essa noção de ocupar-se de si mesmo dá lugar a duas interrogações: o que é o si mesmo que se tem que cuidar? Em que consiste este cuidado? O “si mesmo” implica numa noção de identidade. Mais tarde a pergunta “o que é o si mesmo?” se desloca para “qual é o marco no qual poderei encontrar minha identidade?”. A preocupação com a alma: esta é a principal atividade no cuidado de si e a preocupação com a alma consiste nesse cuidado de si.

Cabe à razão velar sobre a totalidade da alma, portanto, este modo de ser que

caracteriza um homem temperante, que cuida de si, não pode conceber-se sem uma relação com a verdade. Não pode constituir-se como sujeito moral sem constituir-se ao mesmo tempo como sujeito do conhecimento. A relação com o verdadeiro constitui um elemento essencial à temperança, quer seja sob a forma de uma estrutura hierárquica do ser humano, quer sob a forma de uma prática de prudência ou de um reconhecimento pela alma de seu ser próprio. Entretanto, essa relação com a verdade jamais assume a forma de uma decifração de si por si de uma hermenêutica do desejo, como acontecerá posteriormente na espiritualidade cristã.(Foucault, 1994c).

No *Alcebiades*, a alma mantinha uma relação especular com ela mesma, relação que remete ao conceito de memória e justifica o diálogo como método para descobrir a verdade. Posteriormente, nos séculos I e II a.C., a experiência do “eu” toma uma nova forma, quando a introspecção se torna detalhada e se desenvolve uma relação entre a escrita e a vigilância.

Em Platão, a tônica era a contemplação de si e o cuidado de si, que se acham relacionados dialeticamente ao longo do diálogo, já nos movimentos filosóficos do estoicismo, no período imperial, existe uma nova concepção da verdade e da memória e, também, um novo método de examinar-se a si mesmo. Em primeiro lugar, há a desapareção do diálogo e a importância crescente de uma nova relação pedagógica entre mestre e discípulo: somente o mestre fala, o discípulo deve escutar e permanecer silencioso. A cultura do silêncio se torna cada vez mais importante.

A relação consigo mesmo nesta cultura passa pelo exame de consciência. Mas aqui o exame significa a aquisição de um bem. A regra é um método para fazer algo corretamente, sem julgar o que ocorreu no passado. Este é um ponto de vista administrativo sobre a própria vida, no sentido que cada um é um administrador de si mesmo, e não um juiz de seu passado.

Não se trata de descobrir a verdade no sujeito, mas de recordar a verdade, de retomar a verdade que foi esquecida. Em segundo lugar, o sujeito não esquece de si mesmo, nem de sua natureza, origem ou sua afinidade sobrenatural, mas as regras de conduta, o que deveria ter feito. Terceiro, a lembrança dos erros cometidos durante o dia permite medir a diferença entre o que fez e o que deveria ter feito. Quarto, o sujeito não é o ponto de partida do processo de deciframento, mas o ponto de onde as regras de conduta se reagrupam na memória. O sujeito constitui a intersecção entre os atos que serão regulados e as regras sobre o que fazer.

Neste ponto o que nos interessa assinalar é de como este cuidado de si dos gregos vai ganhando novos contornos até ser mais adiante assimilado pela cultura cristã, porém numa perspectiva totalmente diferente. O cristianismo pertence as religiões de salvação, que devem conduzir o indivíduo de uma realidade a outra, da vida à morte, do tempo à eternidade. Para isto o cristianismo impõe uma série de condições e regras de conduta com o objetivo de obter certa transformação de si.

Não é somente uma religião de salvação, mas é uma religião confessional. Neste sentido não basta crer em certas coisas, mas demonstrar que se crê e aceitar, institucionalmente, a autoridade. Saber quem é no cristianismo, significa saber o que está passando dentro de de si, admitir as faltas, reconhecer as tentações, localizar os desejos, e revelar estas coisas a Deus ou à comunidade, portanto admitir o testemunho público ou privado sobre si.

Para os cristãos dos primeiros séculos, uma das maneiras de decifrar a verdade sobre si era a *exomologésis* que podia significar o reconhecimento público de que eram cristãos ou tinha o sentido penitencial. Este último, consistia em um ritual de reconhecimento de si mesmo como pecador e penitente, ou seja, provar o sofrimento, demonstrar a vergonha, fazer visível a humildade, mediante pessoas que reconheçam este ritual. Aí já se situa a primeira diferença entre os gregos e os cristãos: para os estóicos, o exame de consciência era algo completamente privado.

A função da penitência é, através da revelação do pecador, apagar o pecado e restaurar a pureza adquirida no batismo. Há três modelos para explicar este paradoxo de mostrar o pecador e apagar o pecado: o modelo médico em que alguém que quer ser curado mostra suas feridas; o modelo do tribunal de juízo, em que a confissão das faltas aplaca o juiz e por fim, o modelo mais importante, o do martírio. Para que o reincidente fosse integrado à Igreja deveria expor-se voluntariamente ao martírio ritual. A penitência é a consequência dessa mudança, da ruptura consigo mesmo, é uma forma de mostrar que se é capaz de renunciar à vida e a si mesmo, de mostrar se é capaz de enfrentar a morte e aceitá-la. A revelação de si é ao mesmo tempo a destruição de si.

Novamente, aparece a diferença entre as tradições estóica e cristã. Na primeira, a memorização das regras serve para buscar a verdade em relação a si mesmo, na cristã, o penitente alcança a verdade sobre si por meio de uma ruptura e dissociação violentas.

Foucault destaca, ainda, uma outra tecnologia do si mesmo, encontrada a partir do

século IV, a *exagouresis*. Esta é mais uma técnica apropriada das escolas de filosofia pagãs, o exame de si descrito por Sêneca em *De Ira*, mas aqui utilizado a partir da perspectiva do cristianismo monástico sob os princípios da obediência e da contemplação.

Se em Sêneca a relação com o mestre é instrumental e profissional, de modo a guiar o discípulo para uma vida feliz e autônoma, na vida monástica a obediência deve abarcar todos os aspectos da vida. Aqui a obediência é um controle completo da conduta por parte do mestre e não um estado final de autonomia. É um sacrifício de si, do desejo próprio do sujeito.

Este modelo possui outra característica, que é estar mais relacionado com o pensamento do que com a ação. O exame de consciência consiste em tentar imobilizar a consciência e eliminar os movimentos do espírito que afastam o indivíduo de Deus. Para fazer este exame, temos que escutar-nos a nós mesmos, a fim de atestar nossos próprios pensamentos. Há, entretanto, somente uma via para fazer a discriminação entre bons e maus pensamentos: contar os pensamentos a um diretor, comprometer-nos a uma verbalização permanente dos pensamentos, obedecer ao mestre em tudo.

A idéia da verbalização permanente é só um ideal. Nunca é completamente possível, mas converte em pecaminoso tudo que não se podia expressar. De modo geral, no cristianismo, a sujeição não tomará a forma de um *savoir-faire*, mas de um reconhecimento da lei e de uma obediência à autoridade pastoral. Não é a dominação perfeita de si por si (como nos gregos) que caracterizará o sujeito moral, mas sim a renúncia de si e uma pureza, cujo modelo deve ser buscado ao lado da virgindade. (Foucault, 1994c).

Para Foucault, o tema da renúncia é muito importante e perdura ao longo do cristianismo, mas considera o segundo modelo, o da verbalização mais importante, pois a partir do século XVIII a técnicas verbalização tem sido reinseridas num contexto diferente pelas chamadas ciências humanas, não para a renúncia de si, mas para construção positiva de um novo si mesmo.

Se retomarmos as mudanças de poder no ocidente enfocadas em capítulo anterior, podemos perceber claramente a relação do modelo pastoral de poder com as tecnologias cristãs aqui descritas. Estas técnicas de verbalização, são integradas de diversos modos à racionalidade do Estado moderno, que atualiza o modelo pastoral e o dissemina em toda a rede de poder. O mestre a quem se deve uma obediência confessional, passa a ser o Estado de modo direto ou representado em instituições, como por exemplo a medicina, a escola, o hospital, etc.

Em troca da proteção do Estado-Pastor os indivíduos ‘entregam’ sua vida (renúncia a si mesmo, mortificação) no sentido de que a subjetividade d’ora em diante passa a ser submetida aos ditames de quem está autorizado a dizer verdades: a verdade da saúde ou da doença, a verdade jurídica, a verdade pedagógica.

O largo rodeio histórico empreendido por Foucault, propositadamente, nos faz pensar sobre o presente. Se voltamos ao tema do controle social e a medicalização da existência, que na área da saúde, acabou por construir indivíduos submetidos à lógica imposta, que não se autorizam a decidir os desígnios de sua própria vida, percebemos as semelhanças com os modelos históricos descritos por Foucault.

No entanto, em sua perspicácia revela, também, através da história, que nem sempre o que agora nos parece tão natural e óbvio terá sido sempre assim. A história foi construída por homens, que, por sua vez, construíram as verdades que os construíram. As passagens nos ciclos históricos permitem este vislumbre e sua análise permitirá ao homem de hoje desvelar os processos de racionalização ali encobertos, possibilitando-lhe opor-se a tudo que seja submissão.

O mundo grego não será para Foucault um exemplo a ser seguido. Ele mesmo, quando inquirido se os gregos oferecem uma alternativa atrativa e plausível, responde que não pretendia uma substituição. A solução de um problema não é a que foi proposta em outros tempos, para outras pessoas. Na realidade, ele não queria fazer a histórias das soluções, mas a genealogia dos problemas. O que fez Foucault foi mostrar a racionalidade sobre a qual edificamos nossos valores morais, através da história.

A necessidade de pensar o usuário dos serviços de saúde dentro desta perspectiva, advém do fato de que é preciso toma-lo primeiro como um ser histórico, impregnado de um *ethos* fundado nos princípios da relação cristã com o pastor e sobre determinadas verdades médicas que tem se tornado absolutas no decorrer dos últimos dois séculos. Há um sistema racional na área da saúde— evidentemente interdependente dos sistemas econômico, cultural, social, etc.-, que através de determinados jogos de verdade, construiu esse sujeito que utiliza o sistema de saúde, fazendo dele um indivíduo que ‘aceita’ determinadas práticas de poder em troca de algo que considera um bem. Essa troca teve determinado preço, em termos de liberdade. Como afirma Berlinguer (1996, p. 88/89), mesmo nos simples procedimentos médicos chegou-se, no máximo, em afirmar que o paciente deve manifestar, nas comparações dos tratamentos, um consentimento informado, descuidando a valorização da plena

participação do indivíduo: ao conhecimento, à terapia, à prevenção.

É preciso tomar em consideração este pano de fundo, para pensar na democratização da saúde demandada pela Reforma Sanitária Brasileira. Creio que haja avanços em algumas práticas coletivas, que se tornaram mais democráticas, porém estas esbarram nas práticas autoritárias, no ‘fascismo’ cotidiano de relações de poder assimétricas, muito fixadas, com poucas brechas e instrumentos para resistir, dadas as iniquidades experimentadas por estes indivíduos em todos os âmbitos de sua vida. O que pode ocorrer, então, por exemplo, num conselho de saúde é que apesar de contarmos ali com a presença do usuário, que haja todo um discurso de valorização da presença da população para a melhoria dos serviços, há um certo tipo de racionalidade que impede que sua voz seja ouvida, de modo que sua presença no jogo do poder acaba sendo apenas superficial.

Se, todavia, consideramos estas relações de poder móveis, transitivas, decorre a necessidade desse retorno à ética. Somente um sujeito reflexivo poderia jogar o jogo do poder com maior liberdade de movimentos, a ponto de *agir* de modo inusitado, modificando suas regras, chegando mesmo a invertê-lo, em determinados momentos. Concordo com Foucault (1987), que não pode existir nenhuma sociedade sem relações de poder, se entendidas como estratégias mediante as quais os indivíduos tratam de conduzir, determinar, governar a conduta dos outros. O problema não consiste em dissolvê-las, mas descobrir as regras de direito, as práticas de si, as técnicas de gestão e também a moral, o *ethos*, que permitiriam jogar estes jogos com o mínimo possível de dominação.

No entanto, sobre que princípios éticos poderia assentar-se o indivíduo para tentar mobilizar mais as relações de poder que estão fixadas? Em outras palavras, que ética poderia constituir um sujeito que modifique as relações de poder assimétricas, tornando-as relações entre iguais? Enfim, que ética poderia fundamentar a liberdade individual contra as técnicas abusivas de governo?

Foucault propõe uma ética articulada à luta política pelo respeito aos direitos, que seja referida ao cuidado de si, como uma condição pedagógica, ética e também ontológica, para chegar a ser um bom governante, no sentido de que possa governar a si e aos outros.

Este cuidado de si pode ser pensado, para Foucault a partir dos gregos. Os gregos, com efeito problematizaram sua liberdade, para convertê-la em problema ético (Foucault, 1987, p. 115). Para eles a “liberdade, que convém instaurar e preservar, é evidentemente aquela dos cidadãos no seu conjunto, mas é também, para cada um, uma certa forma de

relação do indivíduo para consigo”. (Foucault, 1994c, p. 74).

Esta liberdade tem a ver com a busca do conhecimento e da própria verdade, ainda que isto sempre se dê em referência ao outro. Por isso alguém não pode constituir-se em sujeito moral sem constituir-se ao mesmo tempo como sujeito do conhecimento. É esta esfera, da busca da verdade baseada na discussão e no diálogo, que para os gregos é a esfera do propriamente humano. (Caponi, 1996).

Essa relação com a verdade constitutiva do sujeito ético, conduz ao que Foucault chama de “estética da existência”, em que a liberdade adota um *ethos*, que seja bom, honorável, estimável, memorável, que possa servir de exemplo. (Foucault, 1987, p. 115). A “estética da existência” seria uma maneira de viver em que o valor moral,

“não está em conformidade a um código de comportamento (...), mas depende de certas formas, ou melhor certos princípios formais gerais (...), na distribuição que deles faz, nos limites que se observa, na hierarquia que se respeita. Pelo logos, pela razão e pela relação com o verdadeiro que a governa, uma tal vida inscreve-se na manutenção ou reprodução de uma ordem ontológica; e por outro lado, recebe o brilho de uma beleza manifesta aos olhos daqueles que podem contemplá-la ou guardá-la na memória.”(Foucault, 1994c, p. 82)

A noção de “estética da existência”, considera a ética como uma arte de viver de tal modo a estabelecer uma relação sólida consigo mesmo e em chegar a tomar decisões pessoais, em oposição ao que o autor chama de “fascismo”, ou renúncia às escolhas pessoais deixando que outrem dite o que se deve fazer. Essa postura ética, reflexiva, poderia impedir que as relações de poder se fixassem, se tornando algo permanente. O diálogo - entendido aqui no sentido de um diálogo consigo mesmo e com o outro - seria condição *sine qua non*, para o estabelecimento dessas novas relações de poder.

Segundo o autor, a questão da escolha implica em fazer uso da inteligência já que não se dispõe de parâmetros absolutamente seguros a partir dos quais se possa tomar uma decisão. Algumas características do conceito dessa estética da existência segundo Foucault (apud Schmid, 1994) são:

1. uma sensibilidade afinada ao que realmente importa, aliada a uma capacidade de percepção e reflexão estética, que vai além do domínio privado: trata-se de uma sensibilidade

política a tudo que é intolerável , inaceitável;

2. implica o desenvolvimento de uma capacidade de julgamento, apoiada na sensibilidade e em constante reconstrução no curso das discussões e das trocas contidas nos critérios de escolha;

3. a escolha repousa na capacidade de julgamento que resulta da comunicação e do enfrentamento com os outros;

4. em última instância, a “estética da existência” não consiste nulamente numa relação consigo mesmo; é ao contrário , a relação com o outro que é constituído o sujeito dessa ética

Como a participação e a conseqüente democratização na área da saúde depende, ao mesmo tempo, de atores individuais e coletivos, faz-se importante refletirmos um pouco mais sobre este quarto ponto de sua estética da existência, pois, como veremos, Foucault conceptualiza este cuidado de si, de modo a tornar-se a busca, não de uma autonomia solitária, mas, solidária.

Para Foucault (1987) o cuidado de si é ético em si mesmo, mas implica relações complexas com os outros , na medida em que este *ethos* da liberdade é também uma maneira de ocupar-se dos outros. Um homem livre sabe governar a si e aos outros. Este cuidado de si permite-lhe uma conversação com o poder, que, com efeito, é a maneira de controlá-lo, delimitá-lo, pois o grande risco que se opõe à liberdade é o abuso do poder. E é justamente o poder sobre si mesmo que vai regular o poder sobre os outros. Um poder tirano vem de alguém que não sabe exercer sua liberdade.

Mas, Foucault adverte que o cuidado de si mesmo é eticamente o primeiro, pois se alguém ocupa-se de si mesmo como é devido, isto é, sabe quem é, é consciente do que é capaz, sabe seus limites, não poderá abusar do poder na relação com os outros. (Foucault, op. cit.).

Foucault insiste mais nas práticas de liberdade que nos processos de liberação , pois embora considere estes últimos importantes, não acredita que assegurem as práticas de liberdade que serão a continuação necessária para que determinado povo ou sociedade possam definir formas válidas e aceitáveis de existência ou no que se refere à sociedade política. (Foucault, op. cit.).

Considerando especificamente a realidade na área da saúde, creio que a prática dessa nova ética depende de uma constante avaliação e a conseqüente possibilidade de fazer

eleições, tanto por parte dos usuários, como dos profissionais/instituições. A estética nessa perspectiva não fica limitada apenas a uma “qualidade hedonista da existência”, mas, amplia-se criando “formas” múltiplas de minar o poder que se pretende dominante. E, de fato, democratizar a saúde significa considerar esta plasticidade da existência, que permite estabelecer novas “formas” de ser e estar consigo e com os outros. Isso exigirá, sem dúvida, uma grande capacidade de criação de todos os envolvidos na cena da saúde.

2.5 POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DA DEMOCRACIA NA ATUALIDADE

Em um estudo sobre como se dão os mecanismos de participação no Québec, Jacques Godbout (1983) mostra, ao longo de sua análise, porque a participação pode voltar – se contra a democracia. Primeiro, porque estes mecanismos funcionam de modo não só a diminuir a utilização da instituição democrática, no sentido de que é menos necessário recorrer a ela para a tomada de decisões mas, também, e principalmente, a representatividade pode ser uma técnica muito eficaz para maximizar o poder e minimizar a participação. Álvarez-Uría (1987), por sua vez, deixa claro que por detrás da elite do poder, o que está em jogo não é só a negação de determinadas liberdades em determinadas conjunturas específicas mas, também, e, sobretudo, a perpetuação do autoritarismo e do fascismo precisamente no interior dos regimes democráticos.

São problemas como os colocados pelos autores citados: o da representatividade versus a possibilidade de participação e a convivência de práticas autoritárias com os regimes democráticos que levam Bobbio (1997), em sua obra “O futuro da democracia”, apropriadamente perguntar-se: **é possível a sobrevivência de um estado democrático numa sociedade não democrática?**

E tal tem sido nossa preocupação ao longo desta exposição, de um lado porque, como vimos os mecanismos de medicalização, através de uma excessiva normalização, constituem-se em um dispositivo que retira dos sujeitos a possibilidade de tomarem decisões verdadeiramente autônomas; por outro lado, vários estudos sobre a participação popular em saúde, especificamente sobre a participação nos Conselhos, demonstram que mesmo sendo um órgão democrático, o tipo de práticas que possui, reforça o clientelismo, o fisiologismo, a

sonegação de informações, etc, que são um reforço do autoritarismo. Então, além da compreensão do Estado democrático, é necessário que avancemos sobre as práticas que podem democratizá-lo. Sua expressão, em última análise, é resultado da forma como circula o poder, ou da forma como se dá participação dos diversos atores sociais, que fazem parte do “jogo democrático”, se dê isto em âmbito local, nacional ou internacional.

A democracia se caracteriza como um “conjunto de regras (primárias ou fundamentais), que estabelece *quem* está autorizado a tomar decisões coletivas e com quais *procedimentos*”. Este conjunto de regras é que distingue a democracia dos demais sistemas, sobretudo o fato de que estas regras, amadurecidas ao longo de séculos de provas e contra-provas, são muito mais elaboradas que as regras de outros sistemas e encontram-se hoje, quase por toda parte, constitucionalizadas. (Bobbio 1997).

Em relação às regras da democracia, Bobbio (op. cit.) diferencia o que existe em termos de *ideais democráticos* e o que ele chama de *matéria bruta ou democracia real*, estabelecendo um contraste entre o que foi prometido pela democracia e o que foi realizado. Sua análise é interessante, na medida em que nos coloca diante de alguns dilemas e paradoxos da democracia que, se forem tomados em conta, podem fazer-nos avançar em direção a um aperfeiçoamento de nossas democracias.

Dentre as promessas não cumpridas pela democracia Bobbio destaca seis:

1 - *O nascimento da sociedade pluralista*: a democracia nasceu de uma concepção individualista da sociedade, a qual é um produto artificial da vontade de indivíduos autônomos. Entretanto, o que aconteceu foi exatamente o oposto: sujeitos politicamente relevantes tornaram-se sempre mais, os grupos, as associações das mais diversas naturezas, sindicatos das mais diversas profissões, partidos das mais diversas ideologias, e sempre menos os indivíduos. A sociedade real sotoposta aos governos democráticos, é pluralista.

2 - *Revanche dos interesses*: A democracia moderna, nascida como democracia representativa em contraposição à democracia dos antigos, deveria ser caracterizada pela representação política, isto é, por uma forma de representação em que o representante, sendo chamado a perseguir os interesses da nação, não pode estar sujeito a um mandato vinculado¹⁷

¹⁷ *O princípio sobre o qual se funda a representação política é a antítese exata do princípio sobre o qual se funda a representação dos interesses, no qual o representantes, devendo perseguir interesses particulares do representado, está sujeito a um mandato vinculado (típico do contrato de direito privado que revê a revogação por excesso de mandato). (Bobbio, 1997).*

Mas não é isso que tem acontecido nas democracias. O que há é uma representação de interesses sobre a representação política.

3 - *Persistência das oligarquias*: o princípio inspirador do pensamento democrático sempre foi a liberdade entendida como autonomia, isto é, como capacidade de dar leis a si própria. A democracia representativa, que é a única forma existente e em funcionamento, é já por si mesma uma renúncia ao princípio da liberdade como autonomia. Porque seria impossível, hoje, todos tomarem todas as decisões, assim se entrega o poder para alguns, considerados mais “aptos”. O autor sustenta que a característica de um governo democrático não é a ausência de elites, mas a presença de muitas elites em concorrência entre si pelo voto popular e diferencia, ainda, as elites que se impõem das elites que propõem.

4- *O espaço limitado*: Quando se quer saber se houve um desenvolvimento da democracia em um dado país, o certo é procurar perceber se aumentou, não o número dos que tem direito de participar nas decisões que lhes dizem respeito, mas os espaços nos quais podem exercer esse direito.

5 - *O poder invisível*: A democracia nasceu com a perspectiva de eliminar para sempre das sociedades humanas o “poder invisível” e de dar vida a um governo, cujas ações deveriam ser desenvolvidas publicamente... poder sem máscara. Para Kant (apud Bobbio, 1997) “todas as ações relativas ao direito de outros homens cuja máxima não é suscetível de se tornar pública são injustas”. Ação que sou forçado a manter secreta é uma ação que se fosse tornada pública suscitaria uma reação tão grande que tornaria impossível sua execução. Daí resulta que a exigência de publicidade dos atos do governo é importante, não apenas como se costuma dizer, para permitir ao cidadão conhecer os atos de quem detém o poder e assim controlá-los, mas porque a publicidade é por si mesma uma forma de controle, um expediente que permite distinguir o que é lícito do que não é. Segundo o autor o controle público do poder é ainda mais necessário numa época como a nossa, na qual aumentaram e são praticamente ilimitados os instrumentos técnicos de que dispõem os detentores do poder, para conhecer capilarmente o que fazem os cidadãos.

6 - *O cidadão não educado*: para Stuart Mill (apud Bobbio, 1997, p. 32) “a participação eleitoral tem um grande cunho educativo; é através da discussão política que o operário (...) consegue compreender a conexão existente entre eventos distantes e o seu interesse pessoal e estabelecer relações com cidadãos diversos daqueles com os quais mantém relações cotidianas, tornando-se assim membro consciente de uma comunidade.” Entretanto,

nas democracias mais consolidadas assistimos impotentes ao fenômeno da apatia política. Nas democracias, como é a italiana existem boas razões para acreditar que esteja em diminuição o voto de opinião e em aumento o voto de permuta (clientelar).

Apesar dessas promessas não terem sido cumpridas, Bobbio acredita que isto não foi suficiente para transformar os regimes democráticos em autocráticos e o conteúdo mínimo do estado democrático não encolheu, permitindo o debate e a busca de um aperfeiçoamento nos Estados democráticos.

Se tomarmos como referência os Conselhos de saúde, vamos constatar essas modificações nas democracias colocadas acima por Bobbio (1997). O pluralismo na representação é um fato, considerando que os conselheiros representam grupos e não indivíduos, bem como a sobreposição de interesses vinculados aos grupos que representam. Entretanto, há que problematizar esta representação nos conselhos, tanto no sentido de perguntar-se se, de fato, ela se faz orgânica em relação àqueles a quem representa, “apresentando” os interesses do grupo que confiou a ela este poder, e não apenas de alguns membros do grupo ou do seu próprio interesse?

Há que se rever, ainda, nos conselhos, como os indivíduos chegam a ser representantes. Isto tem a ver com o espaço em que se pode exercer o direito de escolher os representantes. Alguns depoimentos nos põem em contato com fatos, como por exemplo, o de “ter sido pego a laço” para participar do Conselho, que demonstram como ainda está limitado o espaço para escolha de representantes legítimos.

Quanto ao “poder invisível”, creio que tenhamos sido suficientemente explícitos ao longo de nosso estudo, ao mostrar como e quanto interfere nas decisões em saúde, constituindo-se em um constrangimento para que as relações de poder, possam ser mais simétricas.

As dicotomias econômico-sociais, especialmente num País terceiro-mundista como é o nosso, acabam influenciando fortemente na qualidade de nossas democracias. Os representantes usuários nos Conselhos são normalmente pessoas com uma baixa escolaridade, enquanto os demais possuem, em sua maioria, o curso universitário na área da saúde. Como conciliar estas diferenças, garantindo a todos o mesmo espaço de discussão? Qual é a posição que ocupa cada um desses segmentos e em que auxilia ou, ao contrário, dificulta a participação democrática? Estes são questionamentos que pretendemos responder, num caso concreto que é o do Conselho de Itajaí, cuja análise faremos no capítulo seguinte.

Acreditamos que seja útil, ainda, refletirmos sobre alguns obstáculos apontados por Bobbio (1997), para ao alargamento da democracia, pois pudemos identificá-los no Conselho estudado. São eles:

1. o aumento de problemas políticos exige maior competência técnica, o que desemboca na tecnocracia. Tecnocracia e democracia são antitéticas: se o protagonista da sociedade industrial é o especialista, impossível que venha a ser o cidadão qualquer. A democracia sustenta-se sobre a hipótese de que todos podem decidir a respeito de tudo. A tecnocracia, ao contrário, pretende que sejam convocados para decidir aqueles poucos que detêm conhecimentos específicos. A ignorância do cidadão comum diminuiu, mas os problemas tornaram-se mais complicados;

2. o aumento do aparato burocrático, que é o poder do vértice à base, e portanto diametralmente oposto ao poder democrático. Entretanto, todos os estados que se tornaram democráticos tornaram-se mais burocráticos, pois o processo de burocratização foi, em boa parte, consequência do processo de democratização. O estado de serviços nada mais é do que a resposta a demandas por proteção requeridas pelas populações ;

3. a ingovernabilidade da democracia: a governabilidade é a capacidade governamental de atender certas demandas ou suprimi-las. O estado liberal primeiro e o seu alargamento no estado democrático, depois, contribuíram para a emancipar a sociedade civil do sistema político. Quanto mais democrático o estado, mais demandas dos cidadãos. Como pode o estado responder a estas cada vez mais numerosas, onerosas e urgentes demandas? Em síntese: a democracia tem a demanda fácil e a resposta difícil; a autocracia, ao contrário está em condições de tornar a demanda mais difícil e dispõe de maior facilidade para dar respostas.

Vamos constatar adiante que no Conselho estudado os aspectos técnico-burocráticos servem como “escudo” para que determinados poderes se imponham de um modo quase imperceptível e há um silêncio em torno das demandas de alguns segmentos.

Por fim, optei por aprofundar algumas das questões trazidas por Bobbio (1997) que julgo ajudar-me-ão na compreensão da participação popular em saúde e mais especificamente a participação nos Conselhos de saúde. São questões que nos remetem a problemas que, de algum modo, foram ou serão por nós abordadas ao longo deste estudo, como por exemplo, a organicidade entre representantes e representados, a democratização das relações de poder , em geral, e não somente nos espaços políticos, e a consideração de que o poder não existe somente a partir de um ponto de aplicação (o Estado), mas que se exerce a

partir de toda a rede social.

A primeira questão, refere-se à **avaliação sobre a representação em nossas democracias**. Genericamente, democracia representativa “significa que as deliberações coletivas são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para essa finalidade”.(Bobbio, 1997, p. 44).

Entretanto, esta definição carece de alguns complementos para que fique mais clara. Em primeiro lugar, deve-se “dar relevo tanto ao substantivo quanto ao adjetivo, pois, nem toda forma de democracia é representativa e nem todo estado representativo é democrático, pelo simples fato de ser representativo: daí a insistência sobre o fato de que a crítica ao estado parlamentar não implica a crítica à democracia representativa, é igualmente verdade que nem todo estado representativo é em princípio e foi historicamente uma democracia.”(Bobbio, op.cit., p. 45)

Em segundo lugar representação política se divide em pelo menos dois temas:

1 – poderes do representante: “como representa?” A pode representar B como delegado ou como fiduciário (sem vínculo de mandato);

2- conteúdo da representação: que coisa representa? A pode representar B no que se refere aos seus interesses gerais de cidadão ou no que se refere aos seus interesses particulares. A diferença a respeito do “que coisa” repercute, também, sobre a diferença a respeito de quem.

E o que vem acontecendo em nossas democracias? Primeiro, o representante na medida em que goza da confiança do corpo eleitoral, uma vez eleito não é mais responsável perante os próprios eleitores e seu mandato não é, portanto, revogável. Segundo, sua responsabilidade perante os eleitores não existe, justamente, porque convocado a tutelar os interesses gerais da sociedade, e não os interesses particulares desta ou daquela categoria.(Bobbio, op.cit.).

A crítica à democracia representativa, então, apoia-se no que vem acontecendo em nossas democracias em relação à representação, reivindicando uma relação mais estreita entre representante e representado, de modo que haja uma representação mais orgânica entre eles. Para o autor a “(...) representação orgânica (por interesses de categoria) não é por si mesma algo defeituoso. O defeito está não no fato de ser orgânico, mas de sê-lo muito pouco ou ser transportada para fora dos limites que lhe são próprios – ex. campos gerais de representação, como os políticos. No bairro onde os interesses em questão são os dos cidadãos e não desta ou

daquela categoria, os cidadãos devem ser representados por cidadãos, que se distinguirão não à base de categorias que representam, mas à base de diversas visões globalizantes dos problemas que conseguiram formar (visões globalizantes estas que cada um possui por pertencer não a esta ou aquela categoria, mas a este ou àquele movimento político).(Bobbio, op. cit., p. 50).

Desse modo, à constatação de que hoje se reivindica o alargamento da democracia ou a volta à democracia direta, o autor concorda que é possível e necessário, entendendo que “certamente mais próximo da democracia direta é o instituto do representante substituível contraposto ao do representante desvinculado de mandato imperativo”.(Bobbio, op.cit.).

Na verdade, para Bobbio (op. cit.) não existe, como crêem alguns, um salto qualitativo entre a democracia direta e a democracia representativa.; o problema da passagem de uma a outra só pode ser colocado através de um *continuum*, no qual é difícil dizer onde termina a primeira e onde começa a segunda.

“Um sistema democrático caracterizado pela existência de representantes substituíveis é, na medida em que prevê representantes, uma forma de democracia representativa, mas aproxima-se da democracia direta na medida em que admite que estes representantes sejam substituíveis”.
(Bobbio, op. cit., p.52).

De fato democracia direta e representativa não são dois sistemas alternativos, mas podem integrar-se mutuamente, embora não sejam em si mesmos suficientes.

O segundo ponto, que decorre desta crítica à representação nos regimes democráticos atuais, refere-se ao **processo de democratização ou de expansão do poder ascendente**, em curso em nossas sociedades. Bobbio (op. cit.) refere-se a este processo como a passagem da democracia política para a democracia social . Isto consiste na extensão do poder ascendente, que até agora havia sido ocupado quase exclusivamente o campo da sociedade política, para o campo da sociedade civil nas suas várias articulações, da escola à fábrica.

Santos (1995), explica que a teoria política liberal transformou o político numa dimensão setorial e especializada da prática social - o espaço da cidadania – e confinou-o ao Estado. Daí decorre que todas as outras dimensões da prática social foram despolitizadas e, com isso mantidas imunes ao exercício da cidadania. Então, o autoritarismo e mesmo o despotismo das relações sociais pode conviver com a democratização das relações sociais

políticas.

Assim, corroborando a afirmação de Bobbio (1997), Santos (1995) propõe a repolitização das práticas sociais – incluindo aí tanto as consideradas políticas, como o espaço da cidadania, quanto as relações sociais “não políticas” como o espaço doméstico, o profissional, o religioso, etc.

Ribeiro (1998), diz que pensamos em democracia como regime político, mas é fundamental pensar em “democratizar as relações”. Esta atitude possibilitará desocultar novas formas de opressão e dominação e criará, ao mesmo tempo, oportunidades de novas formas de democracia e cidadania. Sendo a concessão de direitos políticos uma consequência natural da concessão dos direitos de liberdade, é importante que espaços tradicionalmente não políticos transformem-se em políticos, *pois a única garantia de respeito aos direitos de liberdade estão no direito de controlar o poder ao qual compete esta garantia*. Ou seja, é preciso agir coletivamente para garantir a liberdade individual, através da reivindicação de regras coletivas para controlar o poder.

Transportando tal afirmação para a área da saúde poderíamos refletir sobre a possibilidade e necessidade de politizar espaços tradicionalmente apolíticos, como por exemplo o espaço da assistência a saúde, cujas características de autoritarismo se convertem em verdadeiras “sujeições cotidianas” como explicitamos anteriormente.

Para que possamos garantir alguns dos direitos na área da saúde, proclamados na constituição de 88, este espaço deveria ser pensado como uma importante e primordial instância para o exercício de relações democráticas, que podem vir a se converter em participação política em instâncias coletivas, como é o caso dos Conselho de Saúde.

Por isso, é necessário politizar tanto espaço político de exercício da cidadania, como o espaço do cotidiano dos serviços de saúde, quero dizer, identificar nestes espaços relações de poder autoritárias, imaginando formas práticas de transformá-las no que Santos (1995) denomina **relações de autoridade partilhada**.

Evidentemente, esta transposição de relações democráticas do espaço cotidiano - privado, para um espaço político - público não se daria de modo automático. É necessário distinguir as práticas de poder de cada esfera. Como afirma Foucault (1987) são diferentes as relações que estabelecemos com nós mesmos enquanto sujeito político ou sujeito do desejo, por exemplo, embora existam relações entre estas diferentes formas de sujeitos, não estamos diante do mesmo sujeito, sendo necessário levar em consideração suas competências para

exercer estes diferentes papéis.

De qualquer modo é preciso atentar para a afirmação de Bobbio (1997), de que os dois grandes blocos de poder descendente e hierárquico das sociedades complexas – a grande empresa e a administração pública (na qual se insere a administração da área da saúde), não foram sequer tocados pelos processos de democratização. Enquanto estes dois blocos resistirem à agressão das forças, que pressionam a partir de baixo, a transformação da sociedade não pode ser dada por completa.

Este deslocamento do ângulo visual do estado para a sociedade, nos remete ao terceiro ponto de análise: que **existem outros centros de poder além do estado**, ou seja, é preciso levar em consideração o pluralismo nas sociedades democráticas.

Pluralismo e democracia não são a mesma coisa. Houve sociedades pluralistas, como a feudal, por exemplo que não eram democráticas e houve sociedades democráticas que não foram pluralistas, por exemplo, a democracia direta grega. O remédio para uma sociedade autocrática é o poder ascendente e o remédio para o poder monocrático é a distribuição do poder.

Disso decorre a necessidade de buscar-se um estado democrático e policrático, de modo que se contraponha o poder em dois fronts: poder que vem de baixo contra o poder que parte do alto e poder distribuído contra o poder concentrado de poucas oligarquias. O pluralismo permite ainda a co-existência do dissenso, princípio fundamental da democracia que se mantido dentro de certos limites – estabelecidos pelas regras do jogo – não é destruidor da sociedade, mas solicitador.

Segundo Alberoni (apud Bobbio, 1997, p.64) “a democracia é um regime político que pressupõe o dissenso. Ela requer o consenso apenas sobre um único ponto: sobre as regras da competição”. Sobre estes três pontos de análise, o autor estabelece a seguinte conexão:

“a liberdade de dissentir tem necessidade de uma sociedade pluralista, uma sociedade pluralista consente uma maior distribuição do poder, uma maior distribuição do poder abre portas para a democratização da sociedade civil e, enfim, a democratização da sociedade civil alarga e integra a democracia política”.

A esta conexão estabelecida por Bobbio acrescentaria que para o alargamento da democracia política é necessário que haja a participação política. Mas essa participação pode assumir diferentes formas, podendo inclusive constituir-se um instrumento contra a

democracia.

O que faremos a seguir é, pois, analisar mais de perto o fenômeno participativo, estabelecendo suas conexões com os regimes democráticos e descrevendo como se apresenta na área da saúde.

2.6 PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: FACES E FORMAS

2.6.1 Um Breve Histórico dos Caminhos da Participação nas Últimas Décadas

Embora pareça um tanto óbvio, democracia e participação nem sempre caminharam juntas. A idéia de participação sofreu muitas mudanças nos últimos 40 anos, as quais originam-se nas mudanças internas dos estados e destes em relação com a sociedade civil. (Briceño León, 1998) Como descreve Goudbout¹⁸(1983), inicialmente, com Rousseau, democracia e participação são estreitamente ligadas e dependem uma da outra, reforçam-se mutuamente. Desta concepção, passa-se progressivamente, a uma democracia sem participação, ou a uma participação limitada às eleições. Com o movimento de participação dos anos 60, esta tendência é revertida e uma necessidade de participação máxima é reafirmada, chegando ao ponto de esquecer-se a democracia, como veremos a seguir.

Ainda que as teorias contemporâneas (sobretudo as americanas) da democracia, tendam a rejeitar a idéia de participação, Goudbout acha importante retomar autores clássicos como Rousseau e outros autores como por exemplo, J.S.Mill, para os quais a participação é uma noção central. É a participação que possibilita o funcionamento das instituições democráticas, de um lado porque constitui a base da representação e de outro porque educa os cidadãos, dos quais faz indivíduos capazes de praticar a democracia.(Goudbout, op. cit.)

Anos mais tarde, perseguindo a mesma abordagem, Mill, inspirado em Tocqueville, acrescentará às idéias de Rosseau a de descentralização e da aprendizagem da democracia em

¹⁸ a tradução livre da obra de Goudbout (1983) foi feita pela autora.

nível local, da comunidade. E um outro autor, G.T.H.Cole, estenderá a noção de participação ao mundo industrial. Estes três autores, são considerados os elaboradores da teoria da democracia da participação. (Goudbout, op. cit.).

Suas teorias são contestadas por Michels (1913) e Schumpeter (1943) a partir de pesquisas sobre participação. Para Michels toda organização deve ser dirigida por uma oligarquia, do contrário é a ineficiência; Schumpeter formula a nova teoria realista da democracia, que minimiza o papel do conjunto de cidadãos, papel que é reduzido à nomeação dos governantes: as elites que vão tomar as melhores decisões possíveis. (Goudbout, op. cit.).

Segundo Goudbout (1983), ao final dos anos 50, a ineficiência burocrática será o tema do novo movimento nascente de participação, do qual uma das origens será os marginais, os pobres, as classes inferiores, apontadas por Michels como apáticas. Este movimento, penetra os meios acadêmicos através das ciências políticas e da sociologia e dos politicólogos, após numerosas enquetes sobre o funcionamento de grupos. Por outro lado, há uma denúncia dos sociólogos em relação aos perigos das sociedades industriais, que ao mesmo tempo em que “atomizam” o indivíduo, o tornam dependente de autoridades distantes, que intervêm cada vez mais na vida cotidiana, contrariamente ao modelo de sociedade liberal. Consequentemente, este indivíduo será facilmente recuperável politicamente pelos demagogos. No encontro dessas duas tendências, a participação se torna necessária, para refazer os mecanismos normais de integração do indivíduo ao sistema social (comunidade, família), e para manter o funcionamento do sistema democrático.

Um dos pontos altos deste movimento crítico, foi a eclosão da “Revolução de Maio” de 68, em Paris. Assim, o início dos anos 70 é marcado pela crítica à instituição democrática e suas perversões. Fazendo uma análise da emergência e institucionalização dos mecanismos participatórios nas democracias liberais ocidentais após os anos sessenta, Cortes (1996, p. 60) afirma que “as instituições políticas das democracias liberais, tais como as burocracias estatais, os representantes eleitos, as modalidades centradas de planejamento e a decisão política, não pareciam ser de fato democráticas. Os votantes podiam apenas remota e esporadicamente supervisionar o processo político e isto colaborava mais para a legitimação das iniquidades do sistema político, do que para o aumento do controle público sobre ele”.

Neste momento, a idéia de participação comunitária muda radicalmente: de má palavra, passa a constituir-se um tipo de panacéia dos programas de saúde. Fala-se muito de participação, embora tenha sentidos bastante distintos.

No Brasil esta fase é identificada à época dos programas de extensão de cobertura, dos anos 70. As modalidades de participação apontadas por Briceño León (1998), são dominantes nos diversos momentos, mas convivem lado a lado com a crítica a estas forma de poder, assumindo aqui e ali diferentes formas.

De modo geral, no final dos anos 70, este clima de desilusão com os mecanismos participatórios tradicionais leva à emergência de novos grupo de interesses, e a sua respectiva análise desembocou no que Cortes(1996) e Santos (1995) chamam de “novos movimentos sociais”.

Estes novos movimentos se distinguem por sua orientação anti-institucional e sua autonomia frente às instituições organizadas. Para seus ativistas, a participação em fóruns estatais era vista como cooptação pelo “establishment”. Caracterizam-se, ainda, por “identificar novas formas de opressão que extravasam as relações de produção e nem sequer são específicas delas, como a guerra, a poluição, o machismo, o racismo ou o produtivismo, e ao advogar um novo paradigma social menos assente na riqueza e no bem-estar material do que do que na cultura e na qualidade de vida. Enfim, estes movimentos denunciam, com uma radicalidade sem precedentes, os excessos de regulação da modernidade”. (Santos, 1995, p. 258).

Falando sobre estes novos movimento sociais na América Latina, Santos (1995) mostra que há diferenças significativas em termos objetivos de ideologia e de base social entre os novos movimentos sociais em países centrais e na América Latina. Nos países centrais eram tipicamente os movimentos ecológicos, feministas, pacifistas, anti-racistas, de consumidores e de auto-ajuda; na América Latina o movimento é bem mais heterogêneo e segundo Karner (apud Santos, 1995) incluem os grandes movimentos operários no Brasil, o sandinismo na Nicarágua, luta popular no Peru, novas experiências de greves cívicas, no Equador, Colômbia e no Peru; movimento dos sem-terra, etc. Portanto, na América Latina e especificamente no Brasil, há uma combinação de lutas contra novas formas de sujeição e lutas contra a dominação e exploração capitalista, característica de um País periférico de economia dependente, como o nosso.

Tanto Santos (1995, p. 249), como Goudbout (1987) posicionam-se criticamente em relação à forma tomada por estes novos movimentos sociais. Para o primeiro “o afã na busca de novas formas de cidadania não hostis à subjetividade, levou a negligenciar quase totalmente a única forma de cidadania historicamente constituída, a cidadania de origem

liberal”. Para o seguinte a noção de participação anteriormente equivalente à de democracia, se torna uma noção autônoma, que acarreta uma mobilização dos indivíduos em si, deixando de lado as instituições democráticas. Para ele, passa-se da democracia sem participação para a participação sem democracia.

Cortes (1996) inclui, também, como causa de remodelamento das organizações políticas das democracias liberais, a crise econômica mundial, desencadeada na metade da década de 70. Segundo a autora, dados os limites sobre a arrecadação dos governos, era necessário promover reformas com o objetivo de racionalizar as estruturas burocráticas estatais, o que, em muitos casos, implicou a criação de mecanismos participatórios.

Estes mecanismos se constituíam em estratégias para lidar com: dificuldades financeiras dos governos; falta de resposta às demandas dos cidadãos por causa da burocracia; insatisfação e desconfiança nas instituições políticas; redefinição das relações entre governo e movimentos sociais. Eles originam-se tanto de governos conservadores, que queriam a absorção do setor privado pelo setor público e uma participação do consumidor individual, como de governos sociais-democratas, que viam a necessidade de reforma das organizações públicas, através de estratégias não centradas na questão do mercado, e ampliação de oportunidades de dar “voz” aos usuários para que manifestassem sua oposição. (Cortes, 1996).

Como pudemos perceber, havia, de um lado o objetivo de promover a privatização por aqueles que propunham o fim da dependência cultural promovida pelo Welfare State; de outro lado, propunha-se a reforma do setor público, mantendo-se os ideais igualitários de equidade e justiça social. O que havia em comum entre as duas linhas era que ambas procuravam aumentar os controles sobre as burocracias estatais, racionalizar o aparato estatal e criar mecanismos participatórios, embora sua visão sobre os participantes diferisse. (Cortes, op. cit.).

Nos anos 70, foram criados em muitos países mecanismos de participação direta dos cidadãos no processo político. Jacobi (1992) aponta as experiências da França, Itália e Espanha e Cortes (1996) aponta as dos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha, as quais considera as mais consistentes.

Cortes (1996) ressalta que, a importância e a recorrência da institucionalização de mecanismos participatórios no campo da saúde pode ser associada às pressões até agora discutidas, como também ao estímulo das agências internacionais à participação popular ou comunitária nos anos setenta. Este foi o caso do Banco Mundial, do Banco Interamericano de

Desenvolvimento, Organização da Agricultura e Alimentação, e das Fundações Milbank, Rockefeller e Kellogg, entre outras. No entanto, poucas destas consideravam a participação como um elemento estratégico para atingir o desenvolvimento social, destacando-se entre elas a Organização Pan Americana de Saúde (OPS) e a OMS. A Declaração de Cuidados Primários de Saúde da UNICEF/OMS, resultante da Conferência de Alma-Ata (1978), foi a contribuição mais significativa para as políticas que promoviam a participação comunitária ou popular.

Nos anos 80, segundo Briceño León (1998), os argumentos para fomentar a participação foram o de uma maior presença cidadã e a conquista de pequenas parcelas do poder, embora houvesse idéias contrárias entre os marxistas da época. Deste modo a participação assume duas formas: a participação como movimento de base, liderado pela igreja católica (pedagogia dos oprimidos) e a participação como uma resposta cidadã, adotadas pelo Chile e Venezuela, que permitiria uma terceira via, nem comunismo, nem capitalismo.

Em relação a institucionalização dos mecanismos participatórios no Brasil, eles acontecem na década de oitenta e foi determinada, principalmente pela dinâmica da reforma do setor saúde. A criação desses mecanismos, estava também associada ao impacto da discussão sobre mudanças nas práticas políticas das democracias liberais, sobre o sistema de saúde brasileiro, então vivendo um processo de liberalização, após 20 anos de ditadura militar.

2.6.2 Caracterização da Participação Segundo Alguns Autores

A participação social é uma idéia polissêmica no mundo contemporâneo. Há inúmeras formas de participação: política, econômica, associativa etc. Se tomarmos a participação no sentido de produção, gestão e usufruto com acesso universal, o contrário da participação é o fenômeno da exclusão. Partimos, portanto, do pressuposto que participação social é um fenômeno maior, do que apenas tomar parte nos rituais eleitorais. Foi o que tentamos argumentar, a partir dos escritos de Bobbio sobre a democracia em seu “estado bruto”. Num mundo globalizado corre-se o risco cada vez maior de que a participação fique resumida ao ato de votar. Mas há contra-poderes, como o dos novos movimentos sociais, por exemplo, que acabam pondo em xeque o poder instituído, resultando na *democratização*, a que nos referimos ao falar dos rumos da democracia.

Cortes (1996) oferece-nos um importante referencial, quanto ao modo como as teorias de estado concebem a descentralização e as formas diretas de participação política e de como definem o participante. Este referencial é importante para que possamos compreender as origens da participação institucionalizada e as formas que tende a assumir neste momento no Brasil.

Partindo de Dunleavy e O'Leary, a Autora analisa as teorias: do pluralismo, das elites, da nova direita, do marxismo e do neo-pluralismo. Suas conclusões são que :

- todas estas correntes criticam o caráter pouco democrático das instituições, exceto os pluralistas tradicionais;
- as correntes posicionam-se em favor da descentralização administrativa, exceto a teoria das elites e parte dos neo-pluralistas;
- identificam-se duas propostas básicas de intensificação da participação nas democracias liberais: 1) ampliação do direito de escolha dos participantes (nova direita); 2) criação de mecanismos participatórios que ampliem o direito dos cidadãos em influenciar o processo de decisão política.

Dentro destas duas linhas gerais estas teorias definem o **participante**:

Os **pluralistas e neopluralistas**: concebem o participante como o cidadão que detém direitos políticos e civis. Utilizam o termo "**participação da comunidade**", mas não propõem a criação de mecanismos institucionais de participação, embora busquem maior envolvimento com as populações locais, em situações que demandem a implementação de projetos. A crítica de Cortes (1996) é que não são levadas em consideração clivagens sociais, tornando difícil a definição dos setores que poderiam ser aptos a participar, representando a comunidade.

O conceito de "**participação popular**" também tem sido utilizado por alguns neo-pluralistas, mas são os cientistas de **tradição marxista** que o usam para designar o envolvimento em processos participatórios daqueles que não pertencem à classe social dominante. Pressupõe a representação de setores populares através de líderes legítimos eleitos ou indicados por entidades organizadas. Para Cortes (1996) esta noção é mais acurada que a de comunidade, em termos sociológicos, porque leva em consideração as diferenças sociais, embora requeira melhores qualificações para o seu emprego na análise de casos particulares, especialmente no que diz respeito ao território que abrangeria.

A "**participação do consumidor**" é um termo que tem sido associado mais à

nova direita. A noção de consumidor aqui é entendida como indivíduos que no mercado compram bens e serviços que são oferecidos por diferentes vendedores e prestadores. A competição favoreceria a escolha de bens e serviços mais adequados às necessidades. Hambleton (apud Cortes, 1996), salienta as dificuldades em usar estas noções para certos serviços sociais.

O conceito de “**participação do usuário**” tem sido utilizado por autores de praticamente todos os referenciais teóricos. Refere-se a um grupo particular de pessoas que usa certos serviços específicos. Tem certa similaridade com o conceito de participação do consumidor, mas a relação vendedor/comprador não é sua principal característica. Combina noções de cidadania e direitos dos cidadãos, mas refere-se especificamente aos usuários de determinados serviços prestados em uma dada área territorial. Este é o conceito que a legislação do sistema de saúde brasileiro tem empregado, para designar o participante nos fóruns institucionais (conselhos de saúde) criados nos níveis municipais, estaduais e federais.

Situando a questão participativa na América Latina e para a área da saúde, Briceño León (1998), diz que nos anos 50 e 60, a acepção de participar variava entre reconhecer a ação individual, a iniciativa privada, e, portanto, a idéia era de crítica ao estado provedor, ou implicava organização da população, o que se vinculava a uma idéia subversiva, ligada à proposta “comunista”. Nesta perspectiva o autor identifica as várias formas em que se apresentava a participação: como manipulação ideológica, como mão de obra barata, como “facilitadora” da ação médica ou como subversão¹⁹.

Na atualidade, as duas modalidades de participação que identifica são: **a participação como complemento do estado** - é um complemento da ação do estado, que procura, sob a idéia de participação, reduzir os custos dos serviços de saúde ou fazer com que estes sejam pagos ou executados pelas pessoas, e não financiados pelo governo. Neste sentido

¹⁹ *A manipulação ideológica, foi identificada no sentido de que se tratava de uma participação visando as relações públicas das empresas ou de mecanismos para legitimar a empresa privada contra seus inimigos. A participação como mão de obra barata, tinha o propósito central de baratear os custos dos processos de trabalho, através da incorporação da população à construção de escolas, habitações ou serviços públicos. Outra denominação a este tipo de ação é o mutirão. A participação como facilitadora da ação é dica, era vista como a aceitação da população das recomendações ou ações médicas. Por fim, a participação como subversão, era assim considerada quando as ações de participação não eram iniciadas por um agente do Estado ou de uma empresa. Falar de participação era algo susupeito, principalmente em se tratando de países em que vigorava a ditadura.*(Bricenõ León, 1998)

parece uma atualização da participação como mão de obra barata, mas tem uma apresentação muito mais sofisticada e complexa; **a participação como privatização** – na prática, tem sido um processo de privatização dos serviços de saúde, com a ingerência da empresa privada ou de organizações não governamentais, para gestionar e executar tarefas que antes eram assunto exclusivo do Estado. (Briceño León 1998).

Valla (1998) refere-se ao termo **participação popular**, muito utilizado no Brasil, cujo sentido compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, transporte, etc.). Entretanto alerta para sentidos mais correntes do termo, tais como o de **modernização, mutirão, integração dos grupos marginalizados**.

A **modernização** se refere ao desenvolvimento de novas formas de produzir e consumir inovações tecnológicas e culturais, das quais a população como um todo, deveria participar.

A **integração dos grupos marginalizados**, excluídos dos produtos e serviços básicos que precisam ser animados, incentivados, esclarecidos para poderem participar do progresso econômico e cultural.

O **mutirão** refere-se a um apelo para que a população realize com suas próprias mãos ações e obras que seriam de responsabilidade do governo.

O autor critica cada uma destas formas de participação. Na primeira há um mascaramento de modo que a população tem a sensação de participar de algo que nem sempre usufrui ou controla; a segunda obscurece o fato de que os grupos marginais sempre estiveram dentro da sociedade mas participando de forma bastante desigual e na terceira há uma culpabilização da população pela situação que vive e ao mesmo tempo um obscurecimento dos mau funcionamento do serviço público.

Em nosso cotidiano, convivemos com este vários tipos de participação, não só na área da saúde, mas também em outras áreas sociais. Algumas formas de participação, inclusive, reeditam as colocadas por Briceño León nas décadas de 50/60. O objetivo de elencá-las aqui é para que nos atentemos para nossa própria prática, que muitas vezes pode estar voltada para práticas de participação nada libertadoras.

Goudbout (1983) referindo a participação ao contexto político e organizacional, a define de modo bastante concreto e diferenciado, como sendo um certo tipo de relação entre

governantes e governados, o Estado e os cidadãos, a organização e seu cliente. Para ele participante é o papel exercido por aqueles que são tocados pelas decisões.

Considerando a participação como uma troca, que ultrapassa a comunicação e a relação individual do cliente com a organização, Goudbout (op. cit.) não concorda com as tipologias quanto ao grau de participação, criadas por alguns autores, porquanto eles a consideram com um “dom” dos governantes aos governados.

Em seu estudo sobre a participação no Québec, o autor parte da tensão, da dicotomia que existe entre indivíduo e organização, de modo que, para ele, se torna impossível definir as experiências autênticas de participação das não autênticas. Acredita que, embora possa haver diferenças na distribuição do poder, a participação é estratégica e que a uma participação-manipulação pode opor-se uma participação-infiltração. Em resumo, para ele, a participação é um processo, resultado de uma dupla estratégia, do ponto de vista de diferentes atores.

Neste ponto, concordamos com a argumentação do autor, pois tomando o poder no sentido foucaultiano, ele sempre acontece nas relações e é transitório, isto é, sempre há possibilidades de resistências a determinados poderes, e é mesmo somente na vigência do poder que estas podem emergir. Visto deste modo, sempre há possibilidade de alargar as parcelas de poder da população dependendo das estratégias que se use para exercê-lo.

Aprofundando-se um pouco mais no fenômeno da participação Goudbout (1983) diz que ele reside na troca de mobilização contra um certo poder. O **processo de troca voluntária**, portanto, é o centro dessa definição: troca entre uma organização que admite certo grau de poder das pessoas atingidas por ela e as pessoas que aceitam, em retorno, certo grau de mobilização em favor da organização. Como fenômeno estável, a participação supõe equilíbrio entre poder e mobilização.

Daí decorre que:

- mais o indivíduo participa, mais terá a tendência de integrar-se à organização e a não ser “mais um usuário”. Por isso a participação implica um grau elevado de substituição de indivíduos;

- a participação só existe se for voluntária

- cada participante tende a dar o mínimo e a obter o máximo. O Autor não concorda com a existência da “apatia política” atribuída às classes subalternas. Para ele, se participam pouco é porque retiram pouco do sistema.

Ao analisar os movimentos urbanos a partir de movimentos da periferia de São Paulo (movimentos por água e um movimento por saúde), Jacobi (1989), também mostra sua preocupação em relação à estabilidade desses movimentos. Os movimentos por água tem um ciclo preciso, passando por estágios de maior ou menor mobilização, cuja consecução das metas imediatas marca o fim da mobilização. Já o movimento por saúde, sua sobrevivência ao longo dos anos, reflete a capacidade dos líderes em manter níveis significativos de participação, expressos na contraposição às formas tradicionais de mobilização, isto é, há uma nova “cultura política”, numa concepção de tipos ideais, e aos valores que lhes são intrínsecos, como a sua dinâmica organizacional, referência coletiva em face do grupo e valorização do apoliticismo. O movimento por saúde desemboca na formação de conselhos populares, em moldes propostos pelos moradores, cujas reivindicações são legitimadas pelo Estado. Portanto, Jacobi atribui a estabilidade do movimento a certo grau de mobilização potencial, que se mantém e o grau de poder que vai adquirindo o movimento, ao longo de sua existência, condições apontadas acima por Goudbout (1983), para que a participação ocorra efetivamente.

Estas pré-condições apontadas por Goudbout (1983) e encontradas no Brasil por Jacobi (1989), sofrem influência direta das formas pelas quais se dá a *representação*. Para Goudbout (1987) a representação é um fenômeno ambíguo, pois, quanto mais importante é o poder sobre os governantes, mais por este ato de participação (o voto) o indivíduo pode não mais participar, na medida em que este ato de abandono de exercício do poder, torna possível uma mobilização mínima entre os períodos em que se escolhem os governantes. Este paradoxo da representação foi levantado por Kant (apud Santos, 1995), ao afirmar que a representatividade dos representantes é tanto maior quanto menor for o seu número e tanto menor quanto maior for o número de representados, o que de qualquer forma denuncia a distância, a diferenciação e mesmo a opacidade entre representante e representado.

Dentro da perspectiva de Goudbout (1983), o poder dos participantes é definido pelos seguintes elementos: 1) controle dos governantes, principalmente pelo mecanismo da representação; 2) o poder dos representantes sobre as decisões output²⁰; 3) o poder direto dos usuários sobre as decisões output. Para ele, o que diferencia o movimento *participacionista* em relação à democracia representativa, é que nesta o poder direto dos participantes sobre o output é fraco, pois quem o detém são os representantes. Existem poucas estruturas formais

²⁰ Output significando o produto final dos serviços prestados por determinada organização.

permitindo aos participantes exercerem certo poder e pouca descentralização das decisões integrando os participantes. (Goudbout, op. cit.).

Tomando o caso brasileiro, Cortes (1998), em recente estudo, também, pontua alguns determinantes da participação nos Conselhos, que seriam: 1) as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde; 2) organização dos movimentos sindical e popular na cidade; 3) relacionamento entre profissionais de saúde pública, marcadamente os que trabalham nas unidades locais de saúde, e lideranças populares e sindicais; 4) posições das autoridades federais estaduais e municipais de saúde em relação à participação; 5) dinâmica de funcionamento do conselho.

A autora destaca o papel dos dois primeiros pontos, como mais decisivos para que a participação seja uma realidade, ou seja, as mudanças na legislação e a organização do movimento popular e sindical. Isto confirma o que vimos argumentando anteriormente, de que é necessária uma mobilização potencial para o funcionamento do sistema, isto é, uma organicidade entre representantes e representados. Nas sociedades em que essa mobilização não existe, a democracia representativa é substituída por um grau de participação de nível inferior, implicando frequentemente em um grau de coação mais elevado.

As conclusões de Jacobi (1989, p.27) sobre os Conselhos Populares da periferia de São Paulo ilustram o que acabamos de colocar:

“estes movimentos apontam (...) para uma qualidade diferenciada da participação na gestão da coisa pública, onde a representação não resume todo o esforço de organização, mas configura uma parte do processo onde os moradores criam as condições para influenciar na dinâmica de funcionamento de um órgão do Estado. Ao lado dessa representação formal, as comissões de saúde se encarregam de manter a mobilização popular como um espaço para a participação direta.”

Ao analisar as possibilidades de participação nos conselhos de saúde brasileiros, a partir de seus estudos nesta área e de sua própria observação num grande conselho de saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro, Valla (1998), retoma tema da democracia representativa, trazendo-nos novas reflexões. Alega que ela tem servido, a despeito das boas intenções dos autores desta proposta, também, para “encurrular” os movimentos populares num espaço único, no sentido de que os conselhos sejam os únicos espaços de disensão autorizados, perdendo-se, com isso, a possibilidade do exercício democrático em outros

espaços. Para ele, este risco deve levar-nos a valorizar os espaços de democracia mais direta como complementares e necessários, dentro deste processo.

Dáí podemos concluir que a renovação da teoria democrática assenta, antes de qualquer coisa, na formulação de critérios democráticos de participação política, que não a confinem ao ato de votar. Implica, pois, uma articulação entre democracia representativa e democracia participativa. (Santos, 1995), o *continuum* entre democracia representativa e direta, de que nos falava Bobbio (1997) no item precedente, que parece ser um ponto de equilíbrio importante a ser considerado, se vislumbramos uma participação a favor da democracia.

Estas problemáticas colocadas pelo autores, nos remetem a refletir sobre como vem se dando, concretamente, as experiências de participação nos Conselhos de saúde brasileiros, qual tem sido a tônica dessa participação, como se colocam os diversos atores, quais as dificuldades encontradas. A seguir, a partir de alguns estudos, propomos iniciar a problematização de algumas questões que serão aprofundadas com nossos achados.

2.7 MODOS DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: ALGUMAS NOTAS

Fica claro, a partir de alguns relatórios que, em termos numéricos, os Conselhos de saúde, nos três níveis já referidos no início deste capítulo, são hoje uma realidade. No entanto, sabemos que para sua efetiva atuação é necessário garantir algo mais que sua expressão numérica. É preciso que além do espaço democrático possamos também atuar democraticamente, ou seja, é mister que o poder circule. E parece ser esta, justamente, a dificuldade nessa nova relação que se deve estabelecer entre usuários, profissionais e governo. Nada mais “natural”, depois de uma longa experiência de relações autoritárias em todos os âmbitos, por que passou o País e todo o continente sul americano, de modo que nossa identidade cultural é profundamente marcada por práticas desse tipo. Mas, se as quisermos transformar temos de desnudá-las, para refazê-las.

Alguns dados de que dispomos, além de nossa própria participação no Conselho de Saúde do Município em que residimos, nos permitem iniciar a reflexão. Falo especificamente de alguns artigos e relatórios (ABRASCO, 1993; Carvalho, 1995; Gerschman, 1995; Ramos,

1996; Dallari et al., 1996) e uma pesquisa, empreendida pela autora desta proposta, juntamente com mais dois enfermeiros, junto à conselheiros de saúde de uma cidade do interior acerca de sua atuação no Conselho, (Santos, Piccolo e Wendhausen, 1997)²¹ .

Tanto no estudo por nós empreendido, como no Relatório ABRASCO, há uma queixa constante, de que os Conselhos não funcionam tal como foi preconizado pela lei, ou seja, em sua maioria não conseguem ser deliberativos. Outras queixas como a de falta de informação - que vai desde a sua sonegação pelos governantes, passando pela dificuldade de entendimento da linguagem até a falta de capacitação dos conselheiros para atuar nos Conselhos e a da população que, na maioria das vezes, não sabe da existência dos Conselhos e de seu papel - e a manipulação política do Conselho pelos governantes, de modo que acabam não funcionando como “caixa de ressonância” dos anseios populares. Tais práticas, na verdade, são consequência de uma complexidade de fatores, que urge comecemos a analisar.

De fato, a referência à medicalização da assistência como um fator restritivo à participação cidadã aparece de modo incipiente nos diversos estudos, embora seja citado mais de uma vez no Relatório Final da ABRASCO (1993), o qual teve uma abrangência significativa em termos do quantitativo de entidades participantes do evento que originou tal documento. No estudo de Dallari et all. (1996) as falas dos conselheiros, ao serem inquiridos sobre sua concepção de saúde, de um lado apontam para uma visão médico-assistencial e de outro, para uma visão da saúde como determinada por fatores sociais e cujas respostas são bem mais gerais e menos concretas, o que talvez denote uma falta de concretude no plano real, ficando em plano mais ideal. De qualquer modo, esse tipo de prática remete a práticas tradicionais daí derivadas, como o clientelismo, o compadrio, o fisiologismo, a sonegação de informações e a manipulação dos conselheiros pelo Estado. Tais práticas, como vimos anteriormente, têm consequências bem mais profundas em termos da criação de uma subjetividade dependente e heterônoma em saúde, além de, por assim dizer, desvalorizar discursos e práticas que não sejam aqueles ligadas à assistência médica, atitude esta que deveria ser substituída por vínculos

²¹ *Este estudo constituiu-se de entrevistas semi-direcionadas com conselheiros, que atuavam na gestão 93-96, em relação a importância do Conselho, como vinha atuando e a forma de ingresso do entrevistado no mesmo. Os entrevistados foram seis, sendo 1 representante do governo, 3 representantes de usuários, 1 representante dos profissionais de saúde, 1 de servidores privados. Após a transcrição das falas, procedemos uma análise de conteúdo adaptada de Bardin (1977), a partir da qual pudemos refletir sobre algumas questões relativas, principalmente, à participação dos conselheiros no Conselho.*

dialógicos e democráticos.

Outro ponto a ser pensado é do como se deu a implantação dos Conselhos no País. Em nosso estudo (Santos, Piccolo e Wendhausen, 1996) 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. Há falas inclusive de entrevistados que dizem ter sido pegos “a laço” para participar, não sabendo nem mesmo do que se tratava “participar de um Conselho”. No Relatório ABRASCO há uma constatação de que os Conselhos criados a partir de pressões dos movimentos sociais apresentam mais estabilidade e legitimidade, confirmando que o modo de criação do Conselho influencia em seu funcionamento. Tais constatações vêm no rastro das reflexões feitas por Gerschman (1995) e Ramos (1996) de que a criação “de cima para baixo” dos Conselhos, tem contribuído para que não sejam instâncias, de fato, de caráter deliberativo. Isto nos faz pensar que há muito que caminhar para que a participação nos conselhos seja, de algum modo, mais equânime e que essa capacitação para a cidadania deva se dar em outras instâncias que antecedem o conselho.

Quero dizer que, se o conselho como expressão máxima da possibilidade de diálogo entre sociedade civil e Estado sintetiza, em nível micro, o quanto ainda é penoso e difícil concretizá-lo, hoje, é necessário olhar para o passado percebendo que a identidade histórica que temos é da não participação e que para avançar é preciso romper com práticas autoritárias que se dão a todo o momento em nosso cotidiano como profissionais da assistência.

É preciso, inclusive, refletir sobre um risco que corremos: **o de impor a participação como mais uma norma disciplinadora das práticas de saúde e não o resultado da vontade dos cidadãos.** Se considerarmos que “nas relações de poder há uma verdadeira “apropriação” de parte da natureza dos outros, por aqueles que supostamente detêm o poder, que é uma apropriação das vontades, do espírito, do intelecto e dos corpos no sentido de que os detentores do poder obrigam os outros a gastar seu corpo, a fazer atividades que os poderosos decidem” (Einbeschütz, 1996), a atual demanda por controle social e participação recomendada na e após a 8ª Conferência de Saúde poderia se tornar mais um ato autoritário, como tantos outros, na medida em que a necessidade de participar pode não ser a decisão da população.

Outro aspecto a considerar, ainda, na criação dos conselhos refere-se a atitude

tutelar que pode assumir o Estado, na medida em que pode considerar que a palavra que foi dada- no sentido de doada - à população “de cima para baixo”, pode, no momento em que não mais lhe interesse, ser-lhe quitada. Neste sentido o controle social que se demanda (que o povo participe, seja cidadão , reivindique seus direitos, etc.), não poderia ser pensado como uma instância mais sutil de medicalização da existência, de legitimação da distribuição arbitrária de recursos , etc.?

Sabemos, a partir de Foucault (1993), que o poder que enfrentamos no mundo de hoje se afirma muito mais por dizer “sim”, por produzir saberes positivos, utilizáveis e que entretanto não deixa de submeter o outro. Por outro lado, esta relação de poder, onde existe sempre um pólo que exerce o poder, o outro pode submeter-se, mas pode, também, resistir e opor-se, criando uma relação antagônica entre poderes diferentes. A relação tradicionalmente autoritária na área da saúde (e, em tantas outras áreas), a qual vimos tentando explicitar, pode submeter a subjetividade, mas pode contrariamente, através do próprio saber que produz, suscitar sua rebeldia, cuja expressão pode se dar das mais diversas formas; desde o silêncio, a não resposta ou não cumprimento de tratamentos, até a discordância explícita de pautas ou formas de atuar ditas em instâncias coletivas, como o Conselho, por exemplo. Portanto, explicitar e potencializar essas resistências, explicitar como essa rede de poder, essa racionalidade se nos impõe, parece ser um dos pontos mais importantes para romper com tais práticas.

Uma das questões a explicitar poderia ser as ambigüidades de que se reveste o poder nesses Conselhos de saúde, dentre as quais relato a seguinte: por um lado os Conselhos foram instituídos por um governo, mas ele próprio não reconhece sua legitimidade e poder decisório. Por outro lado, esses órgãos que poderiam ser representativos dos anseios dos diversos segmentos sociais, por serem mistos em sua composição, ficam sem crédito junto aos usuários e movimento popular em saúde, por serem órgãos do governo. (Gerschman, 1995; ABRASCO,1993). Entretanto, possuem em sua composição, legalmente instituída, representantes da população, podendo, ao mesmo tempo se constituir em estratégia de poder e de manutenção do status quo, ou , ao contrário, questionar e resistir a esse poder.

Evidentemente, essa “ambigüidade” pode permear a prática expressando-se de diversos modos. Em nossa pesquisa (Santos, Piccolo e Wendhausen, 1996), essa questão aparece quando os conselheiros representantes dos usuários separam “eles” (governo) de “nós” (os outros, que não representam o governo); falam em unir-se no conselho mas essa

união pressupõe reuniões prévias à reunião oficial apenas com um determinado grupo (o “nosso”) que não é todo o conselho. Creio que há mais a explorar neste caminho para clarear nossa reflexões, entretanto estes já são indícios de que a suposta credibilidade, que poderia ter um órgão como o Conselho, pode cair na vala comum de que “sendo do governo nada é confiável e portanto não valha a pena unir-se a “ele”, no sentido de desenvolver um trabalho conjunto:

Realmente, Carvalho (1995) alerta de que a proposta democrática na instituição dos Conselhos colide com uma cultura institucional tradicional, em que o desprestígio do que é popular não permite um verdadeiro diálogo entre os diversos atores aí envolvidos e isto confirmou-se de modo gritante nas falas dos conselheiros entrevistados.

Por outro lado, é interessante a análise de Gerschman (1995, p. 184) sobre essa ambiguidade, pois se participar pode levar à cooptação,

“o não participar ou abster-se levaria a uma inviabilização da política o que poderia ter duas conseqüências: abrir uma brecha ao corporativismo médico e facilitar a cooptação de agrupamentos ou da própria população não articulada no movimento popular em saúde”.

Tanto a autora ora citada, como Ramos (1996) apontam a superação das polarizações ideológicas, tais como, dominador/dominado, Estado/não Estado, participar/ não participar, etc., como um dos caminhos para criação de formas inovadoras de relação, as quais pressupõem “a passagem de uma postura de oposição, para a de participante ativo, situação que alinha os diversos atores sociais às forças governamentais, e os coloca como co-responsáveis das decisões a serem implementadas” (Gerschman, 1995, p. 183).

Outro caminho, talvez, seja o que aponta Campos (1996), quando fala em modelos de saúde que combinem gestão colegiada com mecanismos cotidianos de avaliação dos resultados dos projetos terapêuticos, cuja prática aposta na construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação.

Entendo, no entanto, que, seja em instâncias individuais ou coletivas, as decisões do usuário se inscrevem no âmbito da ética, devem emergir de uma postura ética. Nesse sentido o poder deliberativo e decisório do agente moral, concretizado na sua vontade, deve ser livre para que se exerça, não podendo estar submetido á vontade de outro, nem somente

aos instintos e às paixões, mas deve ter poder sobre eles (Chauí, 1995). Portanto, embora possamos argumentar sobre as conseqüências vantajosas que poderão advir da atitude de participar, a decisão de fazê-lo, ou não, deve ser respeitada, respeito que deve permear, também, as relações cotidianas com a clientela.

Outra questão a ser destacada, é que a partir do momento em que são instituídos os conselhos a chance de dissentir (que já era bem pouca) pode ficar confinada a este espaço, considerado como o “local” adequado para este exercício, legitimando deste modo, ainda mais, os postos de saúde, os hospitais, etc., como espaços de aceitação em que o “paciente” jamais pode se rebelar ou mesmo duvidar. A mesma questão foi levantada por Valla (1998), no item anterior, quando se refere ao “encurralamento” da participação em um espaço único, que é o dos conselhos. Se considerarmos, que os conselhos têm apresentado inúmeras dificuldades de se impor como órgãos de representação legítimos, imaginemos a que ficaria limitado aquele controle social proposto pela Reforma Sanitária.

Na verdade, creio que a participação nos Conselhos e Conferências de saúde é reflexo dessa participação, que poderia se dar no cotidiano dos serviços e das comunidades e não apenas um ato isolado, ou seja, não é somente em nível político mais amplo que o controle social pode e deve ser exercido. Este exercício pode acontecer também, na medida em que o usuário desnaturalize o cotidiano medicalizante e autoritário imposto pelos serviços e sinta-se participe deste sistema em seus pontos mais locais. A prática ética a que nos referimos concerne, portanto, à clientes, profissionais e instituições e pode ser exercitada a partir, tanto das relações mais privadas, como das mais coletivas.

III – PODERES E RESISTÊNCIAS NO ÂMBITO DO CONSELHO DE SAÚDE DE ITAJAÍ

“(...) lo que está en juego es no sólo la negacion de determinadas libertades en determinadas conyunturas específicas sino también, y sobre todo, la perpetuación del autoritarismo y del fascismo precisamente en el interior mismo de los regímenes democráticos.” (Alvárez Uría, 1987)

Neste capítulo procuro sistematizar as informações coletadas sobre o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí (COMUSA/Itajaí), descrevendo-as e discutindo-as à luz do referencial teórico colocado até o momento.

Antes de iniciar este percurso cabe retomar o que foi pensado por Foucault sobre a relação entre poder e resistência. Em decorrência do poder se exercer em rede, as resistências que se lhe opõem não são exteriores, isto é, decorrem do seu próprio exercício: “lá onde há poder há resistência e, no entanto (...) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (Foucault, 1997, p. 91). As resistências como o poder, são plurais e estão presentes em toda a rede de poder.

Sendo as resistências, o outro termo nas relações de poder, e não apenas seu subproduto, podem disseminar-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, provocando, as vezes, mudanças nas relações de força (Foucault, 1997). Por isso é recomendável analisar os mecanismos do poder, a partir de seus pontos de resistência, a partir de sua estratégia oposta, ou seja das estratégias imanentes às correlações de força entre os dois pólos.

Analisar, portanto as relações de poder do Conselho de Saúde de Itajaí, através do discurso presente nas práticas, necessariamente nos leva a perceber como se caracterizam as resistências, as estratégias opostas ao poder/saber imposto por uns sobre outros, e de que modo poderão ser potencializadas para que venham a provocar a maior transividade possível dos poderes que atravessam esta instância.

3.1 O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Itajaí é uma cidade portuária, localizada na região do Vale do Itajaí, Estado de Santa Catarina. Considerado o município pólo da região Microregião do Vale do Itajaí, congrega os municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo, Ilhota, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Bombinhas

O município de Itajaí foi criado pela Lei nº 164, de 13 de abril de 1859, mas sua instalação se deu somente em 15 de junho de 1860. O nome do município é de origem indígena e advém do nome do Rio Itajaí. (Prefeitura Municipal de Itajaí, 1997)

O município possui uma área de 304 km², limitando-se ao norte com o município de Navegantes, ao sul com os municípios de Camboriú e Balneário Camboriú, a oeste com os municípios de Ilhota, Brusque e Gaspar e a leste com o Oceano Atlântico. Dista 94 km da capital A população, predominantemente urbana, contabilizada no último censo de 1996, é de 134.799 habitantes. (Prefeitura Municipal de Itajaí, op. cit.).

A economia do município está centrada no setor terciário, de comércio e prestação de serviços, para o qual estão voltadas 2.917 empresas das 3.489 oficialmente instaladas. Segue-se o setor secundário, ao qual dedicam-se 548 empresas e, por último, o setor primário, com 24 empresas.

Destacam-se em Itajaí a indústria do pescado, beneficiamento de madeiras e mobiliário e transformação de materiais não metálicos. A cidade conta, também, com armazéns frigoríficos privativos que estocam produtos alimentícios congelados, principalmente carnes de frango e suínos, provenientes de várias partes do Estado, os quais são comercializados tanto no Brasil como no exterior, via Porto de Itajaí. (ADHOC, 1995).

O Porto de Itajaí caracteriza-se por ser essencialmente exportador, sendo que apenas 20% da movimentação corresponde à importação. Os principais produtos exportados pelo Porto de Itajaí são frangos congelados (maior porto exportador do Brasil); têxteis; madeira e derivados; máquinas; motores e acessórios; cerâmicos; tabacos; papel kraft e açúcar refinado. (ADHOC, 1995).

3.2 A IMPLANTAÇÃO DO COMUSA/ITAJAÍ

A implantação do COMUSA/Itajaí nos moldes preconizados pela Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde, se deu em 1992, a partir da Lei Municipal nº 2.634, de 18 de junho de 1991. Entretanto, há aproximadamente quatro anos, uma Comissão de Saúde – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) vinha funcionando, em caráter consultivo, nos moldes preconizados pelo SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

A partir de duas entrevistas realizadas para o estudo²², pudemos levantar alguns dados referentes ao momento que antecede a implantação do COMUSA/Itajaí, nos moldes atuais do Sistema Único de Saúde (SUS). O motivo da escolha destes três entrevistados, foi que, além de terem feito parte do COMUSA/Itajaí, atuaram por um longo período como profissionais na Secretaria de Saúde, tendo acompanhado todo o processo de implantação da Reforma Sanitária no Município.

Para os dois entrevistados (C.1/1^a e C.1/2^a), o início da relação entre a participação popular em saúde e os órgãos governamentais em Itajaí, marca o início dos anos 80, mais precisamente em torno de 1982/83. Um deles relata reuniões feitas com as associações de bairros, resultado de um trabalho conjunto com o serviço social, da Secretaria do Bem Estar Social, na linha do “Desenvolvimento de Comunidade”, que possibilitava a discussão de alguns problemas de saúde. Considera que a posterior implantação do COMUSA/Itajaí, tem como referência essa participação da comunidade nos serviços de saúde que aconteceu anteriormente. Segundo o entrevistado:

“Nessas associações se discutiam questões de saúde. Lembro que a gente decidia , muitas vezes, junto às associações, a necessidade de se montar postos de saúde. Todo mundo queria Uma Unidade de Saúde? Havia essa comunidade, havia aquela.... Todo mundo discutia. Uma (associação) abria

²² Doravante os entrevistados serão identificados por códigos (C.), com uma numeração que corresponde ao número de ordem do quadro dos conselheiros constante na página - , seguido da última gestão, a que pertenceu o conselheiro por exemplo: C.1/1^a

mão para outra, porque achava mais necessário, coisa e tal...

E como a equipe era pequena, se reuniam dos médicos aos motoristas, todos numa reunião só, para discutir os problemas da saúde...” (C.1/1ª)

Lembra-se que naquele momento não existia na Cidade uma Secretaria de Saúde constituída. Tratava-se apenas de um Coordenadoria de Saúde ligada à Secretaria de Bem Estar Social. Por volta de 1989 é que se cria a Secretaria de Saúde do Município.

Em 1983 implantaram-se em nível federal as Ações Integradas de Saúde, mas a assinatura do convênio em Itajaí só ocorre em 1986 e logo a seguir, em 88, era implantado o SUDS (Prefeitura Municipal de Itajaí, 1997), em cujos convênios são previstas as CIMS.

Entretanto, segundo o que relata um dos entrevistados, as CIMS já teriam iniciado suas atividades no final de 1984. Inclusive naquele momento houve interesse por parte da Prefeitura em “organizar” a comunidade para que participasse neste nível institucional. Assim, foi estabelecida a obrigatoriedade de que toda a criação de associação de moradores, passasse pelo cadastro da Prefeitura. Mas no momento inicial, como relata o entrevistado,

“fomos tateando... Se tínhamos a informação que havia uma reunião numa associação de moradores (...), íamos...Foi uma coisa muito gostosa descobrir essa organização em vários locais; algumas nos surpreenderam.”(C.1/2ª)

Aos poucos, segundo conta, foram chamando estas entidades para formar a CIMS, que inicialmente contava com uma meia dúzia de membros. Num primeiro momento as reuniões dessa Comissão eram descentralizadas, ou seja, aconteciam diretamente, nas “sedes” das associações de bairro. O entrevistado lembra de como aconteciam:

“Uma das passagens gostosas que eu me lembro eram as reuniões descentralizadas. Na época fazíamos nas sedes das associações de moradores. Então fizemos na Associação dos Moradores do Costa Cavalcanti, na escola de Espinheiros, Espinheirinhos de baixo, no centro social do São Vicente. Eram reuniões cheias, cheias! Inclusive no Espinheiros houve duas. Eles gostaram tanto que os pedidos eram imediatos para que houvesse a segunda e tal. Era uma sala de aula cheia; com 40 ou 50 pessoas participando. Boa participação!(C.1/2ª)

Então, isso foi muito interessante, porque desta forma nós não só cumpríamos a norma, cumpríamos o princípio das Ações Integradas de Saúde. Reafirmávamos na prática, o que queríamos consolidar pela participação

efetiva da população Com essas reuniões descentralizadas, divulgávamos, e esse era o objetivo, esta questão da participação”(C.1/2ª).

Dá destaque na atuação das CIMS quando houve, pela primeira vez ali, definição na construção de 4 Unidades de Saúde para o Município. A discussão girou em torno de quais Bairros teriam a prioridade sobre estas unidades. Mas a participação da população, não prescindia de informações vindas dos técnicos

“A gente colocou molho, né? Ou seja, questões técnicas..., tal comunidade tem muito mais difícil acesso ao centro, ao hospital, ou ao Centro de Saúde que tinha ali; tem o morro..., tem muito menos linha de ônibus..., uma população carente, difícil de lidar. A gente já tinha feito um levantamento. Então, ...eles aceitaram. E os votos foram por consenso... E o governo cumpriu o cronograma que foi estabelecido por eles, na votação.(C.1/2ª)

Falou, também, das dificuldades em manter estas reuniões descentralizadas, pois havia muita tensão, muito desgaste. Um dos pontos de tensão era entre a comunidade e os prestadores de Serviços Privados. As reclamações da população giravam em torno do Hospital da cidade. Segundo seu relato os prestadores eram “irredutíveis” nas reuniões descentralizadas e não tinham paciência para ouvir. Assim, aos poucos vai se perdendo esse caráter descentralizado e as reuniões ficam em um só lugar, no centro da cidade.

Não fica muito claro, nas entrevistas, se houve realmente uma extinção desta comissão que foi anterior à implantação do COMUSA/Itajaí, em 92, ou a CIMS só se extingue no momento em que o novo Conselho começa a funcionar e nem em que data isto vai ocorrer. Imagino que deva ter ocorrido entre 89/90, pois é quando há mudança de governo no município e também a implantação do SUS, que ocorre em 1991 (Prefeitura Municipal de Itajaí, 1997). É importante enfatizar, ainda, que segundo um dos entrevistados, havia toda a documentação das reuniões da CIMS, em atas, porém numa das mudanças do prédio da Secretaria de Saúde, houve extravio da mesma.

Fica, portanto, uma lacuna entre o término da CIMS e implantação do COMUSA/Itajaí sobre a qual não nos foi possível levantar quase nenhuma informação. Um fato importante que aconteceu nesta época imediatamente anterior à implantação do Conselho, foi a realização da Etapa Municipal da 9ª Conferência de Saúde (12 a 18 de junho de 1991), cuja participação da comunidade, não só de Itajaí, mas de toda a Microrregião do Vale do Itajaí, foi expressiva, revelando a grande mobilização, que havia naquele período, em torno da

democratização da saúde.

Cinco anos depois, na Etapa Municipal da 10ª Conferência de Saúde (28/29 de junho de 1996) vamos perceber um grande contraste em relação a esta mobilização popular, que foi praticamente nula, e a participação em geral, que foi muito pequena.

Em relação à implantação do COMUSA/Itajaí, pelo que relatam três entrevistados, foi uma passagem relativamente tranqüila. Parece que havia um reconhecimento, por um lado, de que eram órgãos que deviam fazer parte do SUS e portanto sua criação seria inevitável, de outro uma certa pressão de um par de profissionais, dentre eles um dos entrevistados, que fizeram “pressão” para que a Lei que instituiu os conselhos fosse votada na Câmara dos Vereadores o mais depressa possível.

Desde sua implantação, em 92, o COMUSA/Itajaí constitui-se de 18 membros e seus respectivos suplentes. Destes, 9 representam os **usuários**, que perfazem **50%** dos membros do conselho, conforme reza a Lei 8.142/90. Os representantes dos usuários são os seguintes:

- 01 representante dos movimentos populares vinculados à saúde;
- 02 representantes de associações de portadores de doenças crônico-degenerativas ;
- 04 representantes de associações de moradores
- 02 representantes de sindicatos de trabalhadores;

Os outros segmentos estão distribuídos da seguinte maneira:

- representantes do **governo**, que somam **22%**, aproximadamente: o Secretário da Saúde (presidente do conselho); 01 representante da secretaria de educação; 01 da Secretaria de Desenvolvimento Urbano; 01 da Secretaria de Bem Estar Social.
- representantes dos **serviços privados vinculados ao SUS**, que somam, aproximadamente, **11%**: 01 representante do Hospital da Cidade e 01 representante dos Laboratórios da Cidade
- representantes dos **profissionais de saúde**, que somam **17%** aproximadamente: 02 representantes dos servidores do sistema único de saúde e 01 representante de instituição de ensino, no caso a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

3.3 A CONSTRUÇÃO DO CORPUS DE ANÁLISE

Minha preocupação inicialmente recaía sobre que tipo de dados poderiam revelar práticas que se desenvolviam no COMUSA/Itajaí, tomando-o como dispositivo ou como máquina no sentido foucaultiano, ou seja, como um aparelho heterogêneo que reúne práticas discursivas (como as disposições arquitetônicas, regulamentos, leis e regulamentos, proposições filosóficas) e, também, as não-discursivas. Um aparelho de poder e saber, que dispostos em uma grade específica, possibilitam isolar “estratégias de relações de força que suportam tipos de saber e vice-versa”. (Dreyfus e Rabinow, 1995).

Como lembra Maingueneau (1995), frente a um *corpus* o pesquisador, *a priori*, não tem nenhuma razão determinante para um fenômeno em detrimento de outro ou a recorrer a um determinado procedimento, em vez de a qualquer outro. Isto ocorre unicamente em virtude das hipóteses, as quais repousam: - sobre um certo conhecimento do *corpus*; sobre um conhecimento das possibilidades oferecidas ao analista pelo estudo de semelhantes fatos de linguagem.

Vislumbrei, pois, as atas das reuniões do Conselho como um instrumental adequado que permitia, de algum modo, a visualização de práticas, “dinâmicas”, que poderiam se constituir em objetos de que falam, em discursos. Sendo ao mesmo tempo “conselheira” que via o desenrolar das reuniões e alguém estudioso do tema, percebia a expressão dessa “dinamicidade das práticas” no texto das atas, considerando-o como um elemento importante para constituir o *corpus* de análise.

A base para a análise e discussão dos dados foram os escritos de Foucault, utilizados ao longo do trabalho, complementada pelo material mais específico sobre “conselhos de saúde”, coletados a partir das conferências de saúde, leis e recomendações do Ministério da Saúde e/ou Conselho Nacional de Saúde e, ainda, pesquisas, relatórios e reflexões sobre o tema, que permitiram uma localização de meu objeto de pesquisa.

A longo de sua obra, Foucault nos põe em contato com seu método de trabalho, de modo que, introjetamos, em parte, sua maneira de abordar os problemas. Considerando que um dos objetivos deste estudo era o de descrever os micropoderes num conselho de saúde, foram de grande ajuda e inspiração seus trabalhos relativos ao estudo das relações de poder, utilizados ao longo do estudo e de modo mais específico, no capítulo II, item 2.3, com o

intuito de aprofundar algumas questões pertinentes ao tema. Creio, todavia, que vale colocar aqui alguns pontos retirados do conjunto da obra de Foucault por Dreyfus e Rabinow (1995, p. 246/247), que podem servir de ponto de partida àqueles que se propõem a estudar o poder e que me auxiliaram no encaminhamento prático para descrever o COMUSA/Itajaí. São eles:

O sistema de diferenciações que permite agir sobre as ações dos outros : diferenças jurídicas ou tradicionais de estatuto ou de privilégio; diferenças econômicas na apropriação das riquezas e dos bens; diferenças de lugar nos processos de produção; diferenças lingüísticas ou culturais; diferenças na habilidade e nas competências, etc.

O tipo de objetivos perseguido por aqueles que agem sobre a ação dos outros: manutenção de privilégios, acúmulo de lucros, operacionalidade da autoridade estatutária, exercício de uma função ou de uma profissão.

As modalidades instrumentais: o exercício do poder se dar pela ameaça das armas, pelos efeitos da palavra, através de disparidades econômicas, por mecanismos mais ou menos complexos de controle, por sistemas de vigilância, com ou sem arquivos, segundo regras explícitas ou não, permanentes ou modificáveis, com ou sem dispositivos materiais, et.

As formas de institucionalização: estas podem misturar dispositivos tradicionais, estruturas jurídicas, fenômenos de hábito ou moda; podem também ter a aparência de um dispositivo fechado sobre si mesmo com seus lugares específicos, seus regulamentos próprios, suas estruturas hierárquicas e uma relativa autonomia funcional (instituições escolares ou militares); podem também formar sistemas muito complexos, dotados de aparelhos múltiplos como no caso do Estado.

Os graus de racionalização: o funcionamento das relações de poder como ação sobre um campo de possibilidades pode ser mais ou menos elaborado em função da eficácia dos instrumentos e da certeza do resultado ou, ainda, em função do custo eventual (seja o “custo” econômico dos meios utilizados, ou do custo em termos de reação constituído pelas resistências encontradas). O exercício do poder se elabora, se transforma, se organiza, se dota de procedimentos mais ou menos ajustados.

A busca destes elementos propostos por Foucault foi-me bastante útil para localizar que tipo de situações discursivas seriam pertinentes ao meu objeto. Faltava-me, entretanto algo mais palpável que pudesse auxiliar-me enquanto instrumental operativo, sem que isto me fizesse deslocar do referencial teórico adotado.

Assim é que optei pela aproximação à Análise do Discurso, cuja linha de análise se

faz coerente com o referencial foucaultiano, impresso em meu estudo desde o seu início. Neste sentido, tomo-a tanto como referencial teórico que permite a compreensão de como se constroem os discursos, como enquanto instrumental auxiliar para organizar e localizar os diversos elementos abordados no *corpus*. Procurei aproximar-me do método naquilo que tinha de mais próximo à análise foucaultiana, na maioria dos casos, a própria forma com que o autor entende e se utiliza deste método.

Considerar o conselho como um dispositivo sobre o qual é preciso investir para apreender seu funcionamento, perscrutar-lhe as engrenagens, como elas se relacionam, possibilitou, através da análise e discussão dos dados, a construção de um discurso ou dos discursos presentes em suas práticas. O discurso aqui foi tomado a partir da compreensão de Foucault (1996, p. 8, a ordem do discurso), de que “em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”. Na análise do campo discursivo trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui (Foucault, 1995c).

Meu objetivo foi, pois, captar os procedimentos de poder que no acontecer de um Conselho de Saúde concreto, fizeram com que determinados discursos fossem possíveis e outros não. Dito de outro modo, tentei responder a seguinte pergunta: quais são os discursos que atravessam e se inter-relacionam, no COMUSA/ITAJAÍ e seus atores? Que condições estão postas para que determinado discurso seja aceito e ao mesmo tempo, ao recair sobre determinado *corpus*, o que ele cala?

A teoria do discurso não é uma teoria do sujeito, antes que este enuncie, mas uma teoria da instância de enunciação que é, ao mesmo tempo e intrinsecamente, um efeito de enunciado: por um lado constitui o sujeito em sujeito de seu discurso, por outro, ela o assujeita. Em outras palavras, não é possível definir nenhuma exterioridade entre os sujeitos e seus discursos, estes se co-produzem. A “encenação” não é uma máscara do “real”, mas uma de suas formas, estando este real investido pelo discurso. (Maingueneau, 1995).

Para Foucault (apud Brandão 1995) os discursos constituem-se, ainda, em uma dispersão, isto é, são formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de

unidade. Cabe ao analista descrever esta dispersão buscando o estabelecimento de regras capazes de reger a **formação dos discursos**.

As “**formações discursivas**” constituem-se em “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa”. (Foucault apud Maingueneau, 1993, p. 14)

Considerando o “Conselho de Itajaí”, objeto de meu estudo, busquei aproximar-me desta formulação, tentando captar essas regras que permitiram que determinadas formações discursivas, a ele relativas, fossem possíveis no momento histórico da pesquisa. Formações que a primeira vista estariam “ocultas”, mas que com o olhar atento do pesquisador foi possível localizar dentro e a partir do próprio texto das práticas, permitindo que ao final tivéssemos um desenho, ainda que provisório, dos saberes/poderes que perpassam esta instância e ali constroem subjetividades.

Na “Ordem do discurso” Foucault (1996) recomenda algumas “exigências”, regras gerais para quem opta por este tipo de método, que direcionaram o olhar que perseguimos ao longo da análise, quais sejam:

Regra da *inversão* – a proposta aqui é inverter o olhar em relação a figuras positivas, como as disciplinas por exemplo, buscando reconhecer nelas o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação²³ do discurso (Foucault, op. cit.51-2).

Princípio da *descontinuidade* – o fato de haver sistemas de rarefação não torna ilimitadas as possibilidades de discurso, nem tampouco as reprime. Os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas que se cruzam , por vezes, mas também se ignoram ou se excluem (Foucault, op. cit. 52). É a busca das regras, “anônimas e históricas”, por trás desta dispersão, que nos levaria a encontrar as regras que regem as formações discursivas.

Princípio da *especificidade* – não transformar o discurso em um jogo de significações prévias, mas concebê-lo como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo o caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade (Foucault, op. cit. 53). O discurso produz e é

²³ A busca de formações discursivas tem uma ligação essencial com a “raridade”, isto é com a forma lacunar e recortada do campo enunciativo, no qual poucas coisas podem ser ditas globalmente. Os fatos são raros na medida em que não estão instalados na plenitude da razão, há um vazio em torno deles para outros fatos. Somente uma operação intelectual daria a possibilidade de compreensão aos fatos (Maingueneau, 1993; Veyne, 1995)

produzido no momento mesmo em que é proferido.

Regra da *exterioridade* – não passar do discurso para o seu núcleo escondido, mas a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às condições externas de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras. (Foucault, op. cit.p. 53).

Então, tendo como base estas precauções metodológicas propostas por Foucault partimos, em seguida, para uma descrição mais detalhada do tratamento dado às informações colhidas no COMUSA/Itajaí.

O registro das reuniões em forma de ATAS foi utilizado, considerando-se integralmente o conteúdo contido nos textos e sobre os quais se deu, posteriormente a ... normalização, codificação e categorização.

Importante frisar, aqui, que a ata é sempre um instrumento de 2ª voz (no caso a da secretária do conselho, que fazia as atas). Constitui-se portanto de uma fala interposta pela secretária, que a redige a partir da memória dos fatos ocorridos na reunião. Embora a secretária tenha sido eleita pelo Conselho, tendo permanecido a mesma durante as duas gestões, e fosse uma pessoa bastante comprometida com o que fazia, evidentemente no momento da redação há ênfase de algumas coisas em detrimento de outras (valorização de personagens, distribuição do texto, temporalidade, etc.), o que pode refletir um “programa de verdade”, que bem pode ser o de quem escreveu estas atas.

Entretanto, não se pode pensar a existência de um discurso apartado do grupo social que o sustenta, e, ao mesmo tempo não existe um discurso pré-existente gerido por um grupo social determinado (Maingueneau, apud Orlandi, 1995). Depreende-se daí que o texto das atas reflete o discurso de um determinado grupo e não somente o da secretária, embora ali possam estar contidos elementos singulares, pois no momento da escrita das atas a secretária funciona como “autor”, no sentido foucaultiano, isto é o autor não como indivíduo falante que pronunciou ou escreveu um texto, mas o autor como agrupamento do discurso, como foco de sua coerência (Foucault, 1996, 26).

O tratamento deste material deu-se através de uma normalização, codificação e categorização, para o que fiz uma adaptação da “análise de conteúdo” proposta por Bardin (1977), por considerá-la prática e flexível em termos de adaptação ao referencial pretendido. Cabe esclarecer, no entanto que Bardin propõe a escolha de categorias a priori, o que se distanciaria do referencial eleito. Assim, procurei construir as categorias mais próximas da

experiência das reuniões registradas em atas, por isso optei por utilizar o textos em sua totalidade.

Para análise das atas **consideraram-se 2 gestões do COMUSA/Itajaí. A 1ª que compreende o período junho de 1992 a julho de 1994 e a 2ª que compreende o de agosto de 1994 a novembro de 1996.** Neste período foram realizadas 43 reuniões , das quais 39 foram registradas em ata e foram por mim analisadas.

A estas atas denominei-as, para efeito de análise, de unidades de referência – UR, numerando-as: primeiro, de acordo com a gestão, com algarismos romanos - por exemplo UR/I para a 1ª gestão; segundo, seqüencialmente, a partir de sua temporalidade, com algarismos arábicos. Por exemplo, UR/I -1, UR/II-24, se referem, respectivamente, à primeira unidade de referência, da 1ª gestão e 24ª unidade de referência da 2ª gestão.

Ao realizar as leituras iniciais, percebi a necessidade do aproveitamento do texto das atas, na íntegra, visando captar aquilo que denominei a “dinâmica”. Assim, optei, inicialmente, por normalizar o texto das 39 atas e a partir daí agrupar e codificar, o que havia concebido como unidades de registro. Para a codificação e posterior categorização, um critério de agrupamento que me pareceu proficuo foi aquele relacionado aos próprios rituais das reuniões onde há pautas, discussões, comunicações, decisões, etc., tentando extrair desse “ritual” aparentemente estereotipado o que ele pode vir a significar localmente, neste espaço de poder que é o Conselho de Saúde de Itajaí.

Assim, o que era **comunicado, proposto, discutido** nas reuniões foi cuidadosamente analisado tomando-se como ponto de partida as “regras do método” propostas por Foucault (1996) e as recomendações de Dreyfus e Rabinow(1995)em relação à análise foucaultiana do poder. Procurei identificar por exemplo, as diferenças entre os diversos personagens que compunham a cena, a operacionalidade da autoridade estatutária (por exemplo o impacto que causa a fala do Presidente do Conselho e a dos usuários para o Conselho), os efeitos de poder decorrentes das palavras, a estrutura hierárquica, a topografia dos lugares que ocupam os diversos conselheiros no dispositivo e os procedimentos de poder visando a direção da ação dos outros.

Ainda com relação à análise das atas, recorreremos a outra forma dos discursos, para que pudéssemos explorar um pouco mais o texto das atas, pois ali verificamos que a linguagem era um forte componente do dispositivo, no sentido de aumentar ou, na ausência, de diminuir a possibilidade de governo de uns sobre os outros. Utilizamos, assim, o que alguns autores

concebem como **hipercodificação ideológica**.

O referencial utilizado aqui foi o de Eco (1997), quando refere sobre os níveis de cooperação textual, cuja **hipercodificação** é um deles. A hipercodificação é uma operação de extra-codificação utilizada em situações de comunicação e que permite ao destinatário uma competência discursiva para que responda a uma situação discursiva dada. Como releva Eco (1997, p. 124) “(...) se tivéssemos de escutar, ler, olhar cada expressão que nos é comunicada, analisando-a elemento por elemento, a comunicação seria uma atividade demasiado fatigante”. Assim, continuamente antecipamos expressões de outrem, preenchendo espaços vazios dos textos, atuando de forma cooperativa para que ele possa ser atualizado.

A hipercodificação se produz, para Eco (1997, p. 121) quando

“com base numa regra anterior, o indivíduo propõe uma regra aditiva, para uma aplicação extremamente particular da regra geral. (...) O código de base estabelece que uma certa combinação gramatical é compreensível e aceitável, e que uma regra retórica sucessiva estabelece que aquela combinação (...) deve ser usada em circunstâncias específicas, com uma dada conotação estilística”.

Utilizamos em nosso estudo a localização de apenas um tipo particular de hipercodificação que é a ideológica. Ela acontece quando a utilização da extra-codificação, em que à regra anterior o indivíduo propõe uma regra aditiva, leva a uma visão do mundo parcial e desconexa. O discurso ideológico ocultaria as diversas opções de interpretação, e para consegui-lo empenha-se num jogo cerrado de comutações de código e de hipercodificações indiscutíveis. Em suma: a hipercodificação ideológica reduz a possibilidade de interpretação signica, por ocultar a parte contraditória do espaço semântico a que se refere. (Eco, 1997)

Como identificamos nas atas vários momentos em que falas pareciam produzir efeitos de hipercodificação ideológica, seja pelo silenciamento ou por um determinado impacto que uma expressão como “somos trabalhadores” pode produzir, optamos por dar-lhes um tratamento, através da ajuda deste instrumento. Percebemos a utilização corrente de determinados jargões, comuns da área administrativa, médica ou política, que quando apareciam, suscitavam um tipo de reação à platéia, como faze-la silenciar, por exemplo.

Ainda com relação ao *corpus* sobre o qual se deu a análise, utilizamos alguns outros instrumentos de coleta de dados, como por exemplo, a lei de implantação do

COMUSA/Itajaí e o respectivo regimento, leis federais de regulamentação dos conselhos, minha própria participação como conselheira e entrevistas com alguns conselheiros que fizeram parte das gestões analisadas. Estes dados são utilizados de forma complementar e periférica em relação as atas, portanto não foram “tratados” a partir de algum tipo de regra específica, como veremos seguir.

Quanto a **OBSERVAÇÃO**, como conselheira, esta não teve um caráter sistemático, e nem era minha intenção que tivesse. Seu papel foi auxiliar-me na aproximação com o universo de meu objeto de estudo. Atuei como conselheira suplente na 2ª e 3ª gestão, na representação da Universidade do Vale do Itajaí. Mesmo não sendo titular, desde o início interessei-me pela participação neste órgão, o que motivou-me a estudá-lo com mais profundidade. Inicialmente minha intenção era a de estudar o controle social a partir de uma perspectiva mais teórica, analisando os documentos que o instituem. Mais adiante, através de minha própria participação, é que começo a vislumbrar o conselho como uma interessante fonte de dados, e passo a considerá-lo como o objeto principal de meu estudo.

Então, mesmo não tendo utilizado nenhuma técnica de observação sistemática em meu estudo, nem tendo feito nenhum tipo de anotação, valho-me do fato de ter participado do conselho durante 4 anos, para trazer alguns dados guardados a partir de minha percepção e memória corroborando outros dados extraídos das atas, entrevistas e demais documentos, no sentido de acrescentar algum detalhe que auxilie na compreensão dos acontecimentos.

Tenho consciência de que esta posição, de estar dentro do Conselho, ao mesmo tempo em que permitiu uma descrição mais acurada do que lá se passava, também constituiu-se, a todo o momento, um perigo para o exercício do papel de pesquisador, porquanto certa distância do objeto pesquisado faz-se necessário. Então, na medida do possível, procurei transitar nestes dois papéis, o de conselheira e o de pesquisadora, procurando diferenciá-los quando fosse necessário.

As **ENTREVISTAS** foram do tipo não estruturado, gravadas em fita cassete, com transcrição posterior. Não havia tempo determinado para a conversação, que podia alongar-se mais ou menos, dependendo do *rapport* estabelecido entre entrevistador/entrevistado. Tivemos alguns cuidados como deixar o entrevistado o mais a vontade possível para expressar-se, deixá-lo escolher o local da entrevista (a maioria o quis em seu domicílio), respeitar sua escolha no uso ou não do gravador, entabular uma conversação preliminar antes de iniciar a entrevista propriamente dita, falar somente o necessário para que o colóquio se mantivesse

vivo.

Outros cuidados que tivemos ao realizar as entrevistas foram aqueles apontados por Lüdke e André (1986, p.35) como o do respeito ao entrevistado, seus pontos de vista, cultura e valores, uso de linguagem adequada ao entrevistado. Por fim, tivemos também, alguns cuidados éticos, como o da preservação da identidade dos entrevistados, dar-lhes ciência dos objetivos de meu estudo e oferecer-lhes as transcrições das entrevistas para validá-las, caso achassem necessário.

Optei por utilizar as entrevistas como material subsidiário às atas, no sentido de validá-las, complementar as informações ali contidas ou reforçá-las. Assim, não achei necessário dar-lhes um tratamento especial, a não ser a leitura atenta e uma **normalização das falas** que cumprissem esta função complementar. Assim, procurei destacar os elementos que interessavam e explicavam melhor o conteúdo de alguns achados das atas.

Os entrevistados foram em número de 7, assim distribuídos: 2 representantes do segmento governamental – um da 1ª gestão e um da 2ª

- 2 representantes dos usuários – ambos da 2ª gestão
- 1 representante dos servidores do SUS – 1ª gestão
- 1 representante dos prestadores de serviços privados – participante da 1ª e 2ª gestão
- 1 representante da Universidade – participante da 1ª e 2ª gestão

De modo geral utilizei-me da seguinte questão para iniciar a conversa: você acha que o COMUSA/Itajaí tem causado algum impacto sobre a saúde das pessoas de Itajaí? A partir daí procurava desenvolver o tema, formulando outras questões a partir e ao longo da própria fala do entrevistado, buscando dados que contribuíssem para atingir os objetivos propostos, como por exemplo a qualidade de sua participação no conselho, o impacto e a importância das decisões que lá ocorrem, os embates, as frustrações, os avanços e retrocessos, as diferenças entre gestões e lideranças, etc.

Embora tenha havido diferentes pontos de vista entre os respondentes, nenhum dos entrevistados afirmou que o conselho teria impacto sobre a saúde de Itajaí. A maioria relatou muito mais os problemas que o conselho tem para atuar enquanto um órgão do Sistema Único de Saúde, do que propriamente os reflexos de sua atuação para a comunidade. Tive a sensação que não tinham clareza deste impacto e que há uma insatisfação geral da forma como o conselho vem sendo conduzido, embora se perceba diferentes posições em relação ao que

deveria ser melhorado.

Chama atenção o fato de que todos se referirem a um “outro tempo” em que o conselho já “foi mais atuante”, período relativo à 1ª gestão e alguns relembram, com certo saudosismo, de momentos em que havia uma relação mais próxima com a comunidade, que é anterior, ainda à implantação do COMUSA/Itajaí. No momento da discussão dos dados, traremos alguns depoimentos dos conselheiros entrevistados, que demonstram com clareza o sentimento geral que perpassa o conselho.

No texto, os conselheiros entrevistados serão identificados por “C.”, seguido do número de ordem constante no quadro dos conselheiros (página), acrescido da gestão do conselheiro (por exemplo, C.1/2ª)

3.4 O CENÁRIO E OS ATORES

3.4.1 As Reuniões

As reuniões do COMUSA/Itajaí, eram realizadas nas primeiras segundas-feiras de cada mês, na sede da Secretaria da Saúde do Município, tendo uma duração média de uma hora e meia. A sala de reuniões era comprida e estreita. Durante a segunda gestão as cadeiras dos conselheiros eram dispostas em fileiras, ficando o presidente à frente das mesmas, sentado em uma cadeira, geralmente acompanhado de um assessor ou algum funcionário da secretaria. Lembro-me da 1ª reunião em que participei como conselheira, que se realizou no Salão Nobre da Prefeitura e tinha um caráter bastante formal: o presidente sentado em uma mesa enorme e distante dos conselheiros, distância que se manteve ao longo de sua gestão como Secretário da Saúde. Esta arquitetura na distribuição dos conselheiros na reuniões lembra os aspectos disciplinares colocados por Foucault(1994b) em seu “vigiar e punir” em relação à instituição escolar. Um desses aspectos disciplinares que vejo aqui repetir-se arquitetonicamente é o da demarcação dos lugares. O espaço quadriculado, com cada indivíduo no seu lugar, decompõe as implantações coletivas, realizando, assim, uma apropriação de toda a mobilidade (Foucault, op. cit).

Se relacionarmos este aspecto com o do ritual das reuniões e a forte predominância da fala governamental nas reuniões, cujo teor analisaremos adiante, perceberemos que a distribuição utilizada faz sentido, tanto pela imobilidade que provoca e reforça, quanto pela divisão, separação entre os conselheiros e o presidente (e seus assessores), reiterada, pelos mesmos, nas atas e entrevistas, quando se referem a “eles” quando falam do governo e aos outros conselheiros como “nós”.

Em termos do desenvolvimento das reuniões pode-se dizer que há um ritual estabelecido, que começa com a leitura da ata, sua aprovação pelos presentes (normalmente sem discussão, durante os momentos em que estive nas reuniões²⁴), iniciando-se após, a reunião propriamente dita. Se há uma pauta acordada na reunião anterior, começa-se por ali. Do contrário, a pauta é comunicada no momento da reunião e os presentes podem solicitar a inclusão de outros assuntos que acharem necessário. A partir daí são comunicados e discutidos assuntos. Às vezes, há votação para tomada de decisões. Dá-se então o término da reunião, com agendamento das novas pautas.

Durante a maioria das reuniões da 2ª gestão, de que participei, houve poucas discussões. De modo geral o secretário da saúde informava sobre as obras ou atividades que conseguira executar, alguns conselheiros emitiam opiniões e alguns poucos traziam algum assunto para ser debatido. Este quadro modificou-se um pouco com a mudança de Secretário da Saúde e conseqüentemente de Presidente. Embora o procedimento de comunicar as obras ou atividades executadas continuasse, o Conselho pareceu estar mais alerta e ao final dessa gestão questionou uma série de atitudes do presidente na sua função de Secretário.

A secretária eleita pelo COMUSA/Itajaí, manteve-se a mesma desde a primeira gestão do conselho e foi quem lavrou todas as atas à exceção de uma ou duas, quando não compareceu nas reuniões. Além dessa função, era quem providenciava as convocações para as reuniões, mantinha o material pertinente ao conselho como leis, o regimento, o endereço dos conselheiros e as próprias atas. A impressão que passava a mim era um empenho quase "religioso" para que realmente o conselho funcionasse como preconizava a lei.

O comparecimento médio dos conselheiros nas reuniões foi um item difícil de avaliar, pois, nas atas há várias reuniões em que há um número menor de assinaturas que o

²⁴ Segundo informações coletadas com uma das representantes dos usuários na 1ª gestão (C.12/1ª), houve um período em havia muita discussão para a aprovação das atas, pois a secretária, à época escolhida pela prefeitura, não descrevia fatos ou discussões colocadas pelos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde. Ela relata que havia muitos embates por causa disso.

quorum requerido (50% + 1); e não há um registro das reuniões que não aconteceram por falta de quorum (à excessão de duas menções em atas). Entretanto, como participante da maioria das reuniões da 2ª gestão constatei uma preocupação constante dos presentes, principalmente da secretária do conselho (que se manteve a mesma na 1ª e 2ª gestão) em iniciar a reunião somente com o quorum mínimo estipulado no regimento; além disso ao inquiri-la pessoalmente sobre o problema do número menor de assinaturas do que o quorum, informou-me que tinha muita dificuldade em coletar as assinaturas de quem compareceu, após a feitura das atas e as folhas de presença distribuídas no momento das reuniões estavam extraviadas. Assim, optei por considerar aquelas reuniões com menor número de assinaturas do que o quorum mínimo permitido, como tendo o quorum, ou seja, 10 conselheiros (50%+1). Desse modo obtive uma média aproximada de 12 pessoas/reunião, tanto na 1ª como na 2ª gestão, o que equívale a uma presença média de 66,6% do total de conselheiros por reunião, observadas as limitações para obtenção destes índices. Tanto o índice de comparecimento, como a duração das reuniões está bastante razoável. Durante o período em que participamos percebemos que não havia muitas discrepâncias no número de pessoas que vinham às reuniões, de modo que a média reflete uma certa regularidade no comparecimento, embora tenhamos notado que falta da analisar este dado em relação a cada segmento.

Ao analisar duas gestões do conselho de Saúde (junho de 92 a dezembro de 94 – 1ª gestão e fevereiro de 95 a dezembro de 97 – 2ª gestão) constatamos que de junho de 92 à dezembro de 97, passaram **4 secretários da saúde** e conseqüentemente o mesmo número de presidentes no conselho, os quais atuaram nos seguintes períodos:

- 1º presidente, atuou no período de junho de 92 a dezembro de 92; portanto 6 meses;
- 2º presidente, atuou de abril de 93 a novembro de 93 ; portanto 7 meses;
- 3º presidente, atuou no período de junho de 94 a março de 96, portanto 21 meses;
- 4º presidente, de maio de 96 a novembro de 96, portanto 6 meses

Na 1ª gestão do COMUSA/Itajaí passaram três presidentes diferentes e na 2ª gestão, dois, ou seja, o 3º presidente participou de parte da 1ª e da 2ª gestão. Soma-se a estas freqüentes mudanças, o fato de que os perfis destes secretários, que foram presidentes do conselho, eram muito diferentes. O primeiro deles era médico sanitarista, com larga experiência na área de administração dos serviços públicos de saúde, tendo atuado de forma

significativa no movimento da reforma sanitária; o segundo era advogado, tendo naquele período em que atuou sua primeira experiência na área da saúde - havia sido anteriormente secretário da educação; o terceiro era estudante de direito, presbítero de uma igreja evangélica e nunca havia atuado na área da saúde; enquanto Secretário da Saúde acumulou, ainda, o cargo de Secretário do Bem-estar Social; o quarto e último era farmacêutico, sanitarista, tendo também participado do movimento sanitário e possuindo experiência na administração dos serviços públicos de saúde.

Além da falta de continuidade em relação à presidência do Conselho, das diferenças gritantes entre os perfis houve, também, alguns períodos de interrupção das reuniões (em que o conselho não se reuniu): **o 1º foi de 3 meses**, entre dezembro de 92 e abril de 93; **o 2º e o 3º de 2 meses**, entre maio de julho e julho e setembro de 93; **o 4º foi de 6 meses**, entre novembro de 93 e junho de 94; **o 5º foi de 7 meses**, entre julho de 94 a fevereiro de 95. O período em que houve menor número de reuniões e maior período de recesso entre elas, foi na 1ª gestão com o 2º e 3º presidente (1993/1994) e o de maior continuidade de reuniões deu-se em 92, quando da implantação do conselho e depois entre 1995/1996, com o 3º e 4º presidentes. Um quadro com o seguimento das reuniões, onde podem ser melhor visualizadas encontram-se no **anexo nº01**.

Os locais de reunião também se modificaram ao longo das 2 gestões. Durante um período de mais ou menos 2 anos e meio as reuniões se realizaram nos mais diversos locais, como por exemplo: sede de sindicatos, associações, etc.; após este período, por sugestão do secretário da saúde em exercício naquele momento (3º Presidente do conselho), foram realizadas, sempre, nas dependências da Secretaria de Saúde do Município, o que acontece até hoje.

Este deslocamento das reuniões para a Secretaria reflete, de certa forma, o que vai acontecendo com o próprio conselho, ao longo das duas gestões analisadas. Se considerarmos a história da instituição do conselho, observamos que de uma postura inicial do governo, de ir até as comunidades para discutir suas questões, passou-se para reuniões no centro da cidade, cuja pauta passou a ser mais definida em função de outros participantes. No momento de implantação do COMUSA/ITAJAÍ parece haver ainda uma resistência neste sentido, por isto a preferência por lugares plurais, que não caracterizem uma adesão do conselho a qualquer órgão que seja. Entretanto, o que vai se percebendo, através do tempo é que o conselho vai sendo trazido cada vez mais para o espaço da secretaria de saúde, o que, por extensão, acaba

sendo traze-lo cada vez mais para o espaço técnico, espaço de saber/poder onde os dispositivos de poder vão ficando mais e mais ajustados.

3.4.2 Perfil dos Conselheiros

Não conseguimos dados de todos os conselheiros (36) por falta de registro destes junto aos documentos do conselho e pela dificuldade de localizar conselheiros que não participam mais e mudaram de endereço. Descreveremos no quadro abaixo algumas características de **30 conselheiros** dos quais **16** fizeram parte da **1ª gestão** e **14** da **2ª gestão**. Incluímos neste levantamento apenas os conselheiros titulares, não incluindo suplentes, nem substituições que aconteceram eventualmente. Os dados foram coletados ao longo de 1998, 1 ano após o encerramento da 2ª gestão, portanto alguns deles como idade e tempo que participa do conselho, são os atuais, incluindo-se aí o tempo de participação na 3ª gestão.

Acreditamos que os dados que seguem sejam suficientes para mostrar como se caracteriza, de modo geral, o grupo de conselheiros que representa os diferentes segmentos.

1ª GESTÃO:

CONSELHEIROS	A QUEM REPRESENTA	IDADE ATUAL	SEXO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	TEMPO QUE PARTICIPA	COMO FOI ESCOLHIDO
C.1	Governo/Secretário da Saúde	43	M	3º grau completo	Médico	1 ano	Governo indicou
C.2	Governo (secretaria de educação)	42	F	3º grau completo	Pedagoga	6 anos	Indicação secretaria de educação
C.3	Governo (poder legislativo)	Aprox. 50	M	3º grau completo	Médico	Aprox. 1 ano	Câmara dos vereadores
C.4	Governo (secretaria do desenvolvimento urbano)	Aprox. 35	M	3º grau completo	Engº Sanitarista	Aprox. 1 ano	Indicação da Prefeitura
C.5	Usuários (associação dos ostomizados)	43	M	1º grau incompleto	Aposentado por invalidez (era jardineiro)	1 ano	Indicação de sua entidade
C.6	Usuários	Aprox. 60	M	1º grau incompleto	Policiaf federal		Não foi possível obter a informação
C.7	Usuários	Aprox. 60	M	1º grau incompleto	pedreiro		Não foi possível obter a informação
C.8	Usuários	31	F	2º grau incompleto	secretária	4 anos	1ª vez indicação da associação de moradores de seu bairro; 2ª vez eleita em reunião da UNAMI
C.9	Usuários	39	F	1º grau completo	Aux. de enfermagem	2 anos	Indicada pela Associação de seu Bairro
C.10	Usuários (associação beneficiante dos aposentados e pensionistas de todas as categorias de trabalhadores gerais)	73	M	2º grau completo	func. público federal aposent.	6 anos	Indicado pelo presidente de sua associação
C.11	Trabalhadores do SUS	48	M	3º grau completo	médico	2 anos	Eleito em assembléia dos servidores
C.12	Trabalhadores (sindicato dos trabalhadores)	41	F	3º grau completo	enfermeira e advogada	2 anos	Eleição entre as entidades
C.13	Trabalhadores do SUS	36	F	3º grau completo	enfermeira	2 anos	Eleita em assembléia dos servidores
C.14	Prestadores de serviços privados	43	M	3º grau completo	farmacêutico	6 anos	Propôs-se a representar e foi aceito pelos pares
C.15	Prestadores de serviços privados	-	M	3º grau completo	médico	2 anos	Indicado pela Instituição
C.16	Instituição de Ensino	39	F	3º grau completo	enfermeira	2 anos	Indicada pelo reitor

2ª GESTÃO:

CONSELHEIRO	A QUEM REPRESENTA	IDADE ATUAL	SEXO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	TEMPO QUE PARTICIPA	COMO FOI ESCOLHIDO
C.1	Governo (secretário da saúde)	41	M	3º grau completo	farmacêutico	9 meses	Governo – secretaria da saúde
C.2	Governo (secretaria de educação)	42	F	3º grau completo	Pedagoga	6 anos	Indicação secretaria de educação
C.3	Governo (secretaria do desenvolvimento urbano)	45	F	2º grau completo	Servidora Municipal	3 anos	Indicação pela secretaria de urbanismo
C.4	Usuários (movimentos vinculados à saúde)	56	F	2º grau completo	Comerciante aposentada	4 anos	Indicada pelo conselho comunitário de seu bairro no qual exercia o cargo de presidente
C.5	Usuários (associações de bairros)	34	F	3º grau completo	administradora	4 anos	Eleita em assembleia da UNAMI
C.6	Usuários (associações de bairros)	35	M	1º grau incompleto (até 4ª série)	pedreiro	4 anos	Eleito em assembleia da UNAMI
C.7	Usuários (associações de bairros)	Aprox. 60	M	1º grau incompleto	pedreiro		Não foi possível obter informação
C.8	Usuários (associações de bairros)	48	F	2º grau completo	Aux. de enf.	2 anos	Eleita em assembleia da UNAMI
C.9	Usuários (trabalhadores sindicato.)	33	M	3º grau incompleto (realizando curso de ciência política)	comerciário	4 anos	Eleição entre as entidades sindicais
C.10	Servidores do SUS	39	M	3º grau completo	enfermeiro	4 anos	1ª vez eleição em assembleia dos trabalhadores do SUS; 2ª vez reeleito
C.11	Servidores do SUS	38	F	2º grau incompleto	Aux. De enfermagem	1 ano	Indicação do Secretário da saúde
C.12	Prestadores de serviços privados	43	M	3º grau completo	farmacêutico	6 anos	Indicado pelos donos e laboratórios
C.13	Prestadores de serviços privados	52	M	3º grau completo	médico	4 anos	Indicado pelo Hospital
C.14	Instituição de Ensino UNIVALI	39	F	3º grau completo	enfermeira	2 anos	Indicada pelo reitor da UNIVALI

O agrupamento dos dados por gestão permite visualizar alguns aspectos. Dos 16 conselheiros que participaram da **1ª gestão** temos que 4 representam o segmento governamental; 7 o segmento dos usuários; 2 o segmento dos prestadores de serviço; 2 o segmento dos servidores do SUS e 1 a Universidade local.

A maioria destes conselheiros encontra-se na faixa etária entre 30 e 50 anos, sendo que 10 deles são do sexo masculino e 6 do feminino. O nível de escolaridade predominante é o 3º grau completo, com 10 representantes, seguido do 1º grau incompleto com 3 representantes e os 3 restantes tem o 1º grau completo, 2º grau incompleto e 2º grau completo, respectivamente.

Quanto à profissão destes conselheiros temos que 4 são médicos e 3 são enfermeiros. Há 2 aposentados (cuja profissão não identificamos) e os demais são: farmacêutico -1; pedagoga -1; auxiliar de enfermagem-1; engenheiro sanitarista -1; policial federal-1; pedreiro-1; secretária-1.

Vale ressaltar que os dados de escolaridade e profissão se modificam bastante se tomarmos os segmentos de representação em separado, de modo que no segmento governamental, no dos representantes de serviços privados, na representação da Universidade e no dos servidores do SUS, **todos os componentes tem o 3º grau completo** e a maioria tem a profissão ligada à área da saúde – são médicos (4), enfermeiros (2), farmacêutico (1) e engenheiro sanitarista (1). Já no segmento dos usuários temos que (3) possuem 1º grau incompleto, (1) o 1º grau completo, (1) o 2º grau incompleto, (1) o 2º grau completo e (1) o 3º grau completo. Quanto às profissões 2 são da área da saúde.

A forma como se deu a entrada no conselho difere, também, entre os segmentos. No governamental foi por indicação dos respectivos setores de trabalho; nos prestadores de serviços privados, o representante dos laboratórios foi indicado pelos pares e o dos hospitais foi indicado pela direção de um dos hospitais de Itajaí. No caso dos representantes dos servidores privados um foi indicado por eleição em assembléia dos servidores municipais, o outro diz que foi indicado pelo secretário da saúde. Os usuários, representantes das associações de moradores, foram indicados numa primeira etapa por suas associações e posteriormente escolhidos em reunião com as associações interessadas em participar do conselho de saúde; os representantes dos usuários provenientes dos sindicatos foram eleitos em assembléia das entidades sindicais. O representante da Universidade foi indicado pelo Reitor.

Quanto ao tempo de participação no conselho a maioria participou durante 2 anos, 1 permaneceu mais uma gestão e três estão até hoje no conselho, portanto há 6 anos.

Em relação à 2ª gestão os dados foram coletados com 14 conselheiros. Destes (7) são do sexo feminino e (7) do sexo masculino, sendo que a maioria situa-se na faixa etária entre 30 e 50 anos.

Quanto à escolaridade continua uma predominância de conselheiros com 3º grau, se bem que mais baixa, aqui com (8) representantes, sendo que (1) deles está cursando o 3º grau. Apenas (1) representante possui o 1º grau incompleto; (1), o 2º grau incompleto e (3) o possuem completo. Destes a maioria tem sua profissão na área da saúde.

Também, aqui, visualizando os dados relativos à escolaridade e profissão encontramos que há uma concentração dos que possuem 3º grau e 2º grau completo e têm profissões ligadas à saúde nos segmentos governamental, dos prestadores privados, nos servidores do SUS e representação da Universidade. No segmento dos usuários há (1) representante que possui o 1º grau incompleto; (3) possuem o 2º grau, sendo um deles incompleto, (1) possui o 3º grau completo.

O tempo de participação no conselho é mais ou menos uniforme entre os segmentos, ficando numa média de 3 anos e meio, sendo que o menor é o dos servidores do SUS (2 anos e meio) e o maior o dos prestadores de serviço privados (5 anos).

Quanto ao modo de chegar ao conselho, repete-se o que aconteceu na 1ª gestão com exceção dos representantes das associações de moradores que, neste período, são eleitos em Assembléia da UNAMI²⁵, órgão que congrega as associações de moradores do município, organizando as pautas que lhes são comuns.

²⁵ A UNAMI União das Associações de Moradores de Itajaí é uma entidade que foi criada em abril de 1997, por iniciativa de algumas Associações de Moradores de Itajaí, com o objetivo de unir esforços.

3.4.3 A Dissimetria entre os Atores

Creio ser importante iniciar a discussão das práticas do Conselho, primeiramente refletindo sobre os atores que compunham esta cena da saúde denominada COMUSA/ITAJAÍ e como chegaram até ali.

De modo geral, encontram-se numa faixa etária que é considerada da maturidade (entre 30 e 50 anos), e isto é coerente com sua participação em uma instância onde é necessário ponderar determinados fatos para que se tomem decisões. Não que isso seja garantia de que as decisões sejam as melhores. Há, evidentemente, outros fatores que vão interferir, também, os quais, mais adiante, serão oportunamente discutidos porém, creio que isto possa ser um elemento favorável à participação, somado a estes outros.

Há, também, uma certa equidade na distribuição de representantes do sexo masculino e feminino, por certo, fruto do crescimento da participação da mulher na vida política de maneira geral e, talvez, por seu envolvimento histórico com assuntos que envolvem o cuidado à saúde. Não é minha intenção aprofundar a questão “gênero” neste estudo, mas a relativa equidade na quantidade de homens e mulheres parece repetir-se quando observamos a atuação dessas mulheres nas reuniões do conselho, guardadas as diferenças inerentes ao modo como se coloca cada gênero. No meu entendimento o somatório das duas perspectivas a masculina – normalmente mais racional- e a feminina – normalmente mais sensível, tende a contribuir para um equilíbrio dentro do conselho.

Um dos aspectos mais importantes a considerar aqui é aquele relativo à escolaridade dos participantes do Conselho. O predomínio de conselheiros com 3º grau completo, na sua maioria pertencentes a área da saúde, parece-nos natural, óbvio e até bem-vindo, numa análise inicial. Pois quem de nós, como cidadão, não gostaria que as questões de saúde de nosso município fossem decididas por “gente competente”? Acontece que quando verificamos a distribuição destes profissionais entre os diversos segmentos do conselho vamos perceber que há uma concentração deles na representação do governo, setor privado e servidores do SUS. Este não é por si um fato negativo e seria mesmo quase impossível que fosse diferente, pois cada um destes setores dispõe de tais profissionais e não se furtaria em colocar os que considera mais competentes para representá-los.

A questão problemática aqui é a grande diferença entre esses segmentos e o dos

usuários. Neste segmento há um predomínio de baixo a médio nível de escolaridade entre seus representantes, além do que, a maioria não tem sua profissão ligada à área da saúde. Provavelmente, esta última questão está ligada ao fato de que os representantes dos usuários, em sua maioria, provêm de baixos ou médios estratos sociais – o levantamento da profissão/ocupação denuncia isto - e na realidade brasileira estes estratos estão dentro do percentual de aproximadamente 80% que não consegue, sequer, terminar o primeiro grau.

Eu dizia que havia uma questão problemática neste aspecto. Pois bem, considerando que o conselho foi criado tendo como princípio a participação efetiva de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, fica difícil pensar que isto possa ocorrer, com facilidade, diante da diferença de preparo entre o segmento dos usuários e os demais segmentos.

Primeiro porque diante do técnico competente dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista, pois como lembra Chauí (1993, p.11) a condição para o prestígio e para a eficácia da competência como discurso do conhecimento depende da afirmação tácita e da aceitação tácita, da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos. E isto fica mais patente à medida que a escolaridade diminui.

Neste sentido vêm a corroborar esta afirmação os achados da pesquisa feita por Goudbout (1983), no Québec, sobre a participação de conselhos de 6 Centros Locais de Serviços Comunitários. O estudo permitiu concluir que o poder dos usuários depende, em parte, de seu status sócio-econômico. Nos três Centros em que são atendidas as populações de renda baixa, foi onde menos constatou o reconhecimento da legitimidade destes membros nos conselhos, para representar os interesses dos usuários. Nestes três Centros o poder dos usuários era mais frágil. Sabemos que baixos níveis de escolaridade têm forte associação com os demais fatores que compõem um status socio-econômico também baixo, portanto, creio que a transposição dos dados da pesquisa de Goudbout para nossa realidade, deve ser aqui considerada.

O segundo aspecto que envolve esta diferença é que, em quase todos os momentos de fala dos usuários registrados em ata, fosse qual fosse sua escolaridade e/ou competência, havia dois tipos de respostas que eram comuns:

a) não havia interlocução (pelo menos registrada) em relação ao que era colocado, ou seja, o que era trazido parecia ser indiferente aos que ali estavam ou, ao contrário, era tão

contundente que a todos fazia calar. Talvez mesmo fosse o inconfessável, aquilo que o discurso instituído da competência não permitia que fosse falado no conselho. Era como que se a colocação se desfizesse no ar.

Assim, na UR 16/I-10 e 11 encontramos:

Um conselheiro “manifesta descontentamento com os conselhos, nada de positivo é feito e sente-se cobrado pela comunidade”; a seguir (o mesmo conselheiro) *“...denuncia que agendamento das consultas nos Postos é feito num só dia da semana e sugere auditoria”*

Outro representante, na UR 19/I –18, *“alega que não se vem fazendo o diagnóstico de saúde das comunidades, conferências de saúde municipais ou qualquer outra discussão com a comunidade buscando soluções para a saúde”*

Não há registro de nenhuma fala interposta seguida a estas colocações, seja de quem quer que fosse. O que há de comum nestas colocações? De algum modo elas denunciam que há furos no sistema instituído, seja no sentido da prestação de serviços, seja no da participação efetiva da população no sistema de saúde. **Mas será que é permitido dizer que há incompetências no sistema ou que ele não permite a participação ou o usuário denuncia aquilo que não é permitido dizer ou então aquilo que não se considera relevante ao ponto de não merecer uma resposta ou interlocução?**

Continuando a falar sobre os tipos de reações registradas para com os representantes usuários temos:

b) respostas que utilizam fortemente o jargão técnico, de modo que é o próprio discurso competente que coloca o outro no lugar do silêncio.

Exemplo disso encontramos na UR 34/II –1, 2:

O representante dos usuários *“reclama da dificuldade para internação de pacientes com AIDS no Hospital da cidade”* A esta fala segue-se uma explicação dada por um médico que se refere *“a pouca quantidade de leitos , a normatizações do SUS, a disseminação do vírus e a emergência exigida para cada caso”*

Outro exemplo encontra-se na UR 38:

Um conselheiro usuário *“pergunta se a Secretaria de Saúde teria condições de fornecer um balancete que todos pudessem compreender. Ouve como resposta do presidente do conselho que “esta é a maneira correta e legal, cabendo ao*

conselho avalizá-la e ao tribunal de contas aprovar ou não estas contas.

Também aí não há réplica do representante ou de outra pessoa, registrada em ata. Mas, sabe-se, por outro lado, que cabe, sim, ao conselho a aprovação ou não das contas do fundo municipal de saúde e que há possibilidades de apresentar os dados de forma menos técnica ou pelo menos de explicá-lo de modo que todos possam entendê-lo. Aliás, seria esta a forma “correta e legal” de agir, de acordo com o que prevêem as diversas leis e normas que regem os conselhos²⁶. De algum modo esta dificuldade de ser ouvido no conselho é explicitada em dois momentos na entrevista com um dos usuários quando ele diz

“e se tu questionares...o que tu ouves é que tudo funciona muito bem, que aqui é melhor que outros estados, que outros municípios....” (C.6/2^a);

ou ainda:

“muita coisa que eu cheguei a perguntar me responderam meio alterados; então para não alterar mais a discussão a gente ficava quieto”(C.6/2^a).

Terceiro e último aspecto da relação entre a competência para falar e a possibilidade de participar no conselho é que no caso específico do conselho em questão, o espaço da fala como aprofundaremos no item seguinte, pertence muito mais aos competentes, mesmo que falem em defesa dos usuários.

Faz-se necessário, ainda, neste momento introdutório, discutir um pouco sobre o modo de entrada dos conselheiros no conselho. Este tema é importante, na medida em que tem relação com a qualidade da representação dos diversos segmentos cuja forma, por sua vez, terá a ver com a qualidade dos espaços democráticos concretos que vivenciamos cotidianamente.

Embora nossa análise seja parcial, pois abordaremos apenas um dos aspectos concernentes à representação, que é o modo como se dá a escolha dos representados, acreditamos que isto possa somar-se a outros dados, que apresentaremos adiante, e subsidiar a discussão da participação no COMUSA/Itajaí, como um todo.

Os dados mostram que tanto o segmento governamental (com exceção do

²⁶ Segundo Lei 8.142/ 90, o Conselho atua, em caráter deliberativo “(. . .) no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (...)”. Ainda nas “Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde”, feitas pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir de sua reunião plenária de 2 e 3 de dezembro de 1992, no item 4- Competências dos Conselhos de saúde, encontramos a seguinte recomendação: “fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo de Saúde”.

secretário da saúde que, no caso de Itajaí, é automaticamente o presidente do conselho), como o dos prestadores de serviços privados chegaram ao conselho por “indicação”. Quanto ao segmento governamental, embora não conste em lei, há recomendação, por exemplo do Fórum Popular Estadual de Saúde (1993) que a representação se dê em forma de indicação dos diversos setores ali representados, como secretaria da educação, do meio ambiente, do bem estar social. Embora o princípio da representatividade seja o mesmo, ou seja, estas pessoas devem estar aptas a deliberar sobre questões no lugar da autoridade máxima deste setores que são seus respectivos secretários, há uma grande diferença em representar uma secretaria de um governo e um determinado grupo de pessoas com seus interesses, como é o caso dos prestadores, dos usuários e dos servidores. Neste caso as recomendações são que o processo seja sempre por meio de eleições (Fórum Popular Estadual de Saúde, 1993).

No caso dos prestadores de serviços privados vinculados ao SUS, os dois representantes dizem ter sido indicados, mas há diferenças nestas indicações. O que representa os “laboratórios privados” diz ter sido indicado, para representá-los, em reunião com estas empresas, quando foi indicado. Embora não tenha, havido uma “eleição” no sentido estrito do termo, com convocação de assembléia, ata, etc., este representante que é o mesmo ao longo destas 3 gestões, em suas falas, registradas em ata, refere-se, na maioria das vezes, a problemas gerais que acometem os laboratórios e mesmo os serviços privados, de modo que sua representação parece estar vinculada aos interesses gerais daqueles a quem representa.

Já os representantes vinculados ao maior Hospital da cidade, parecem representar somente esta instituição, pois suas reivindicações sempre dizem respeito a sua instituição específica. Sua indicação inclusive deu-se pela referida instituição. Fica aqui a dúvida de como ficariam os outros serviços privados conveniados com o SUS? Quem os representa? Terão estes a consciência de que poderiam/deveriam participar do COMUSA/Itajaí? Ou não têm a necessidade de participar desta instância decisória?

A indicação de representantes dos profissionais da saúde, conforme relato dos dois titulares de cada gestão, se deu através de eleição em assembléia de funcionários da saúde da Prefeitura. Embora a Resolução 33/92, em seu item 2, que dispõe sobre a composição dos conselhos, se refira a “representante(s) dos trabalhadores na área da saúde”, não especificando que tenham que ser vinculados ao SUS, creio que o maior contingente de alocação de pessoal no município esteja na rede pública, sendo justo estarem lá representados.

Meu estranhamento é quanto ao percentual dessa representação, pois dos 18 conselheiros apenas 3 representam esse segmento (um é o representante da Universidade) o que equivale à aproximadamente 17% do total, quando a mesma resolução referida acima especifica que o percentual relativo aos profissionais de saúde deveria ser de 25%, considerando aqui os trabalhadores e as associações profissionais.

A propósito, revisando a composição de cada segmento em termos percentuais, observamos que está em desacordo com a mesma resolução, já que o segmento governamental hoje com 4 representantes, possui 22% do total de assentos, quando deveria dividir com o setor privado o índice de 25%. Já o setor privado também está na faixa dos 11%, o que estaria correto, se a representação governamental estivesse na mesma faixa. O que está acontecendo neste conselho parece ser uma inversão entre o percentual da representação governamental e a dos trabalhadores da saúde, que seguindo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde contariam respectivamente com 11% e 22%. Já o percentual da representação dos usuários está correto, possuindo 9 componentes, o que equivale a exatamente 50% do número de membros do COMUSA/Itajaí.

Quanto à forma de indicação do segmento dos usuários para o conselho, houve diferença nas 2 gestões, principalmente no que se refere às associações de moradores. A representação dos usuários compõe-se de representantes de associações de moradores (4); de sindicatos de trabalhadores (2); de associações de portadores de doenças crônico-degenerativas (2); de movimentos populares ligados à saúde(1).

Na primeira gestão as associações de moradores, por exemplo, indicavam seus representantes, que se reuniam e por sua vez decidiam quais os 4 membros que os representariam no conselho, não havendo, portanto, um processo eleitoral propriamente dito. Já na 2ª gestão, com a fundação da UNAMI, há uma tentativa de organização em torno das associações para que o processo se dê de modo direto, ou seja, as pessoas são informadas da reunião, através de um edital, e lá podem escolher os representantes independentemente de terem sido indicados por sua associações. Considero este processo mais democrático, na medida em que um maior número de pessoas da comunidade tem a possibilidade de escolher para representantes aqueles que considera mais aptos a representá-la no conselho. Por outro lado, os escolhidos sentir-se-ão mais comprometidos com a comunidade a quem representam, pois foram escolhidos publicamente, e a comunidade poderá remanejá-los do cargo, caso não

correspondam as expectativas ou, no mínimo, quando terminar o mandato.

Um dos usuários entrevistados pertence a este segmento e conta que na eleição para a terceira gestão, dos 4 que estavam representando, dois foram reeleitos e 2 foram substituídos, pois seu trabalho não estava a contento. O princípio da substituição, está garantido no regimento do COMUSA/Itajaí, em sua seção I, parágrafo 8º. Considero positivo este tipo de procedimento para escolha dos representantes, pois vem ao encontro do pensamento de Bobbio (1997, p.27/8;52), primeiro quando afirma que a democracia representativa que prevê a substituição de seus representantes se aproxima mais da democracia direta e, segundo, ao afirmar que ao desenvolvimento da democracia corresponde não ao aumento do número dos que votam, mas aos espaços nos quais se pode exercer este direito. Esta forma de escolha é importante na medida em que possibilita que espaços tradicionalmente não políticos, transformem-se em políticos. E este é o caso da mobilização da comunidade em torno da representação no conselho, que, de quebra, pode mobilizar mais as pessoas em relação a própria proposta de maior participação na área da saúde, como um todo.

Da mesma forma procedem os representantes dos sindicatos de trabalhadores que promovem uma eleição de seus representantes entre as diversas entidades de Itajaí.

Já os representantes das associações de portadores de doenças crônico-degenerativas e os representantes de movimentos populares vinculados à saúde têm chegado ao COMUSA/Itajaí apenas por indicação de suas próprias entidades e o que se constata, de imediato, é que a substituição não acontece, de modo que permanecem mais tempo no conselho do que seria necessário e produtivo. Não há, também, nestes outros segmentos uma organização que congregue suas entidades em torno da questão da representação no conselho, o que poderia, a exemplo das associações de moradores e dos sindicatos, garantir maior lisura ao processo, possivelmente melhora na qualidade dessa representação e maior mobilização dos seus participantes em torno das questões de saúde.

3.5 AS CATEGORIAS DO DISCURSO

Neste item descreveremos os dados encontrados nas atas, a partir das categorias levantadas no estudo.

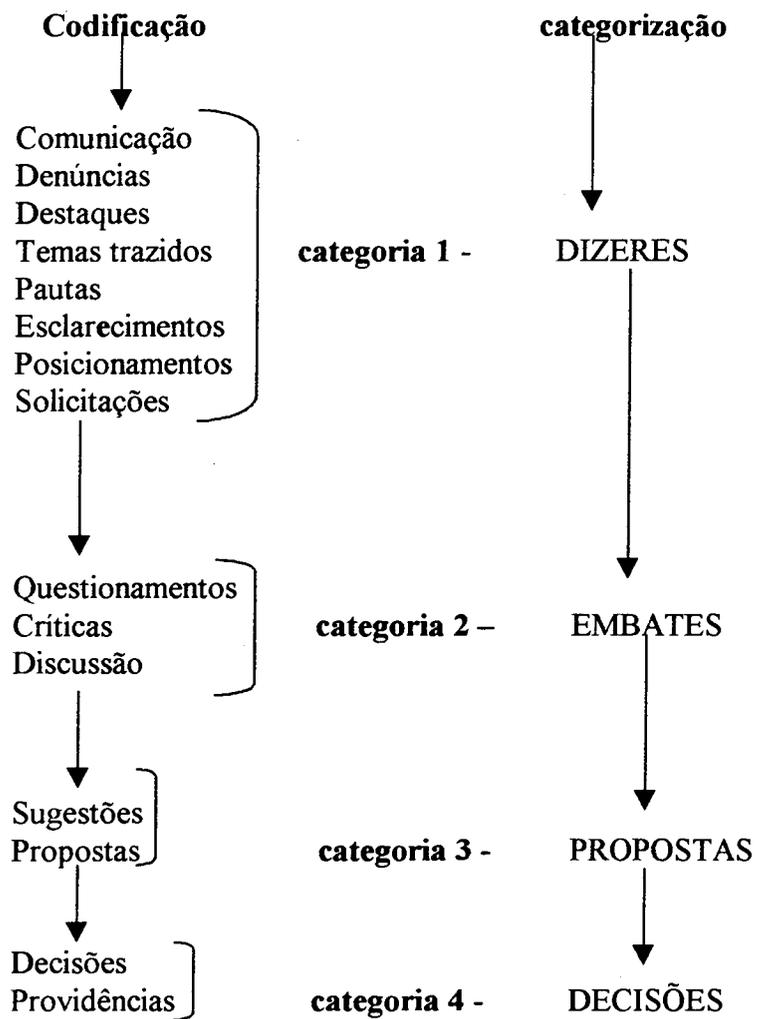
A partir da codificação e posterior categorização das falas contidas nas atas pode verificar que, de modo geral, no conselho (1) **dizem-se coisas** que podem ser (2) **questionadas, discutidas ou criticadas (embates)**, para as quais há (3) **propostas de solução** e, finalmente (4) **tomam-se decisões** acerca de determinados temas. Embora, a princípio, pareça um tanto óbvio que as categorias analisadas sejam parte dos "afazeres" comuns de um conselho, um aprofundamento neste universo, tanto na forma com que se desenrola a participação no COMUSA/Itajaí, como no conteúdo que permeia as discussões, poderá dar-nos uma visão mais clara de como os discursos ou as práticas ali se articulam, singularizando a experiência que pretendemos descrever e ao mesmo tempo generalizando-a, no sentido de que muitos aspectos poderão ser encontrados em outras situações semelhantes.

A partir do agrupamento destes dados, foi possível a identificação, por gestão, dos temas abordados, bem como o tipo de representante que se pronunciava, em cada uma das categorias, quando isso vinha especificado na ata. Ajudou-nos, ainda, a leitura "corrida" do material que possibilitava uma certa clareza da sequência dos acontecimentos, permitindo que vislumbrássemos, em alguns casos, seu "desenrolar" no tempo.

Resumidamente a organização do conteúdo das atas e sua posterior categorização, deu-se da seguinte maneira:

- 1º – identificação das falas
- 2º – percepção das práticas do conselho nas falas/normalização
- 3º – codificação das práticas
- 4º – agrupamento das práticas/categorização

Abaixo uma visão esquemática da análise:



O esquema abaixo, mostrando um exemplo de como se deu a normalização, codificação e categorização, da categoria “DIZERES”, permitem uma visualização da forma como foi encaminhada a análise:

1º - Texto integral das atas/normalização de todo o texto	2º - Codificação das falas	3º - Agrupamento temático/categorização
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ex: comunicação	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ex: esclarecimento	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		ex: dizeres
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ex: pautas	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXX		

Ainda é possível visualizar alguns exemplos que foram normalizadas e codificadas as atas no **anexo 02**.

A identificação dos termos hipercodificados foi realizada especificamente em duas categorias: “dizeres” e “embates”, pois foi onde os encontramos em maior número. Vamos listá-los ao iniciar a análise das respectivas categorias.

Passamos a seguir à manifestação linear do texto das atas em cada uma das categorias.

3.5.1 Dizeres

TERMOS HIPERCODIFICADOS:COMUNICAÇÕES

- Regionalização da saúde
- Atende a todos s/ discriminação
- Secretaria não dispõe de verbas
 - Casos sociais
 - Glosas
- Cartão do usuário

ESCLARECIMENTOS

- Plano aberto
 - Se contrapõe à lei municipal
- Benefícios para as áreas sociais
 - Questão técnico-operacional
 - Convite informal
 - Devido à nova administração
- Estabelecer normas/ instituição q. transitam 1000 pessoas/dia
 - Decisões do conselho expressas em forma de resolução
 - Radicalmente contra
 - Implantação de crachas inviabiliza visitação diária
 - Perfil da comunidade
 - Falta de condições técnicas
 - Auto-auditora
 - Bancar o tribunal de contas
 - Ação administrativa
 - Trabalhar o conselho
- População totalmente desassistida
 - Momento político de muita pressão

Dizer algo no conselho apareceu como a categoria mais presente nas atas. Aqui considerei desde as **comunicações** feitas com o intuito de fornecer informações sobre os mais variados temas, passando pelos **esclarecimentos**, feitos geralmente após algum tipo de questionamento e, ainda, **posicionamentos** dos conselheiros sobre determinados assuntos até "**pautas**" das reuniões ou **solicitações** feitas aos presentes.

As comunicações e os esclarecimentos foram predominantes nas 39 atas analisadas (133 registros ao todo) e versavam sobre :

1 - informações sobre o setor saúde em Itajaí como por exemplo: projetos aprovados ou não, situação de estabelecimentos de saúde como hospitais, postos de saúde, dados epidemiológicos, modificações sofridas pelos serviços, liberação de verbas para a saúde;

2 - assuntos relativos à organização interna do conselho tais como: desligamentos de conselheiros, justificativa de faltas, mudanças na representação, cronogramas de reuniões e esclarecimentos sobre o próprio funcionamento do conselho.

Estes "dizeres" do conselho sofrem oscilações relativas, tanto na intensidade com que aparecem nas atas, o que parece depender, em parte do tipo gestão do presidente/secretário em exercício ou do momento político presente, como, também, em relação aos diversos atores que se utilizam desta ou daquela forma de dizer.

Quanto às **comunicações**, elas estão presentes ao longo das 2 gestões. O que parece oscilar é o tipo de representante que faz estas comunicações. De qualquer modo, há um predomínio das falas do presidente, ao longo das atas: são 28 falas do presidente e 17 falas de outros conselheiros ou falas impessoais. Entretanto, há períodos, por exemplo em que , o presidente do conselho (secretário da saúde) as faz com mais frequência. Isto pode ser constatado, claramente, no período compreendido entre a UR 30ª e a 39ª (2ª gestão/4º Presidente do Conselho) onde há 17 registros de falas do presidente contra 9 de outras pessoas ou impessoais.

A maior parte dos **esclarecimentos** é de dois tipos básicos: aqueles advindos de dúvidas dos conselheiros e aqueles provenientes de questões e/ou críticas colocadas pelos conselheiros, as quais eram respondidas na forma que denomino "prestação de contas". Há, ainda, em pequeno número os esclarecimentos que são dados no momento de alguma tomada de decisão com o intuito de explicitar o assunto, como por exemplo por ocasião da votação do

tipo de “gestão”²⁷ que adotaria o município.

A dinâmica de aparecimento dos registros de **esclarecimentos** se assemelha às comunicações, já que aparecem ao longo das 2 gestões em grande número. São , ao todo 33 registros de falas do presidente e 37 registros de outros conselheiros e alguns em que não é mencionado quem o faz. Entretanto, é curioso observar que destes 37, 20 são de pessoas representantes do governo no conselho ou de convidados que pertencem a serviços de saúde municipais e estaduais, de modo que se somarmos os registros do segmento governamental eles perfazem 50 de um total de 80 (37+33), ou seja 62.5%. A seguir temos 10 registros dos representantes de serviços privados de saúde e os outros 7 registros se dividem entre o representante de funcionários da rede (1 registro), o representante dos usuários (1 registro), um pretense candidato a prefeito(2 registros) e os demais estão em tom impessoal.

Também, aqui, encontra-se uma concentração de registros do presidente da UR 34^a até a 39^a (final da 2^a gestão), como no item da comunicação.

O que fica mais evidente ao tomarmos as comunicações e os esclarecimentos é que, em sua maioria, os registros são do presidente do conselho ou de outro representante do governo (vide contabilidade dos registros) e a tentativa de localizar as **hipercodificações ideológicas**, nestes dois itens(vide quadro no início do item), acaba por confirmar esta tendência, já que quase todos dizem respeito à explicações prestadas pelos representantes do governo aos conselheiros. Os demais conselheiros, à exceção dos representantes dos serviços privados - especificamente os representantes do hospital da cidade - , no mais das vezes "reagem", por assim dizer, aos temas trazidos em reunião.

Observando estes termos hipercodificados, percebo que são, em grande parte, próprios do segmento governamental ou técnico, sendo geralmente esclarecimentos que se valem ou de uma explicação apoiada na questão técnico-científica como por exemplo, **benefícios para as áreas sociais, perfil da comunidade, população desassistida**; ou numa linguagem administrativa como por exemplo ocorreu quando houve troca da secretária eleita pelo conselho por uma indicada pela Prefeitura. A explicação foi de que esta era uma **questão**

²⁷ Segundo a Norma Operacional Básica/96 (Ministério da Saúde, 1998), existem duas condições de gestão para os municípios, a **gestão plena de atenção básica** e a **gestão plena do sistema municipal**. Em cada um dos tipos de gestão são elencados uma série de responsabilidades para que município seja habilitado. A **gestão plena do sistema municipal** é considerada mais avançada, em relação ao outro tipo, pois a autonomia do município é maior. Em ambas, o primeiro requisito para a habilitação, é o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

técnico -operacional, ou ao se referirem ao hospital como uma instituição em que **transitam 1000 pessoas por dia e que necessita regras de funcionamento e a implantação de crachás, que inviabiliza a visitação diária aos pacientes.**

Chama atenção o fato de que na quase totalidade dos casos à explicação segue-se um “silêncio” por parte do plenário- pelo menos não há nenhum registro em ata- não obstante inúmeras vezes a explicação não tenha nenhum argumento razoável para que se diga aquilo ou tome determinada atitude. Isso fica claro com relação aos crachás inviabilizarem a visitação diária no hospital. Será que não haveria crachá para todos os visitantes, como a primeira vista se poderia pensar? Não! A questão parece ser outra, como veremos adiante.

Esta tendência do predomínio da "fala do governo", têm variações ao longo das 2 gestões. Momentos em que fica evidente seu predomínio, alternados com outros em que isso é um pouco mais diluído. Por exemplo na 1ª gestão (com o 3º secretário), há inúmeras referências ao trabalho realizado pela secretária de saúde como o "programa da AIDS" (inclusive com visitas às instalações), apresentação do funcionamento de uma policlínica pela coordenadora, etc.. Já na 2ª gestão (2º secretário), há a comunicação de obras a serem realizadas na sua gestão como secretário, várias falas sobre o tipo de gestão municipal, que seria modificado naquele momento. O predomínio da representação governamental é quebrado mais frequentemente pelas falas dos representantes dos serviços privados (hospital da cidade), que trazem temas à discussão ou esclarecimentos em relação ao hospital .

Os registros de **posicionamentos** e o que chamo de **destaques**, somam 20 e 10, respectivamente e são muito variados. Inclusive há posicionamentos de pessoas que não são conselheiros mas estavam em determinadas reuniões. Nos ateremos aqui aos relativos aos conselheiros. Dizem respeito a avaliações de conselheiros sobre serviços prestados à comunidade, sobre a atuação do conselho e seu papel, destinação de recursos da secretaria de saúde. Os destaques são feitos para ressaltar a importância de aspectos relativos ao papel do conselho e problemas de saúde na rede pública.

As **solicitações** feitas no conselho provém de todos os segmentos e são as mais variadas embora em pequeno número: solicitações de aval do conselho em assuntos inerentes ao seu próprio papel como no controle das contas e da qualidade dos serviços de saúde, construção de unidade de saúde; apoios para cobrança e liberação de verbas, voto de confiança para aprovação das contas e divulgação de eventos relativos à saúde.

Em relação aos posicionamentos e às solicitações percebe-se um ecletismo em

relação aos conselheiros que o fazem. Os registros são bastante equilibrados em relação ao presidente e/ou representantes do governo ou convidados ao conselho para esclarecer questões, representantes de usuários, dos serviços privados, dos profissionais de saúde e do plenário.

As **pautas**, geralmente acordadas nos finais de reunião, previam assuntos a serem discutidos o que, não necessariamente, era levado a cabo. Os assuntos programados referiam-se à necessidade de aval do conselho nas contas e plano de saúde, eleições de vice-presidente e secretária do conselho, vários tipos de problemas com o hospital, regionalização da saúde, AIDS, liberação de verbas para projetos, previsão de exposição sobre algum tipo de serviço de saúde, controle e avaliação dos serviços de saúde, novas normas para o setor saúde.

Numa primeira análise, pode-se verificar que o que se fala no conselho refere-se basicamente aos seguintes temas: organização e funcionamento do conselho

- quantidade e qualidade dos serviços de saúde hospitalares (necessidade de pronto socorro, diminuição na visitação diária) e de atendimento ao portador do vírus HIV
- gerenciamento do serviço público, especificamente o financiamento, controle e avaliação, tipo de gestão municipal.

Há outros temas tratados em menor escala e não há menção à políticas e/ou serviços de cunho educativo/informativo à população. Quem mais propunha temas para discussão eram a representação governamental e os prestadores privados .

Entretanto, há diferença entre as duas gestões, no que se refere **ao conteúdo do que foi discutido** nas reuniões. Feito um levantamento no item comunicações observa-se que o tema com maior número de registros na 1ª gestão foi o do **funcionamento do conselho** – desde a elaboração do regimento até questões relativas aos próprios conselheiros como faltas, desligamentos, substituições, morte, e ainda eleições para vice-presidente e secretária do conselho ou a falta de quórum como impedimento para realizar determinadas reuniões. A seguir o tema **assistência** foi outro que teve destaque. Aqui três assuntos foram os principais: a mudança no horário de visitas no principal hospital da cidade, a AIDS e a criação de um pronto socorro municipal. Foram ainda temas discutidos no conselho: **eventos de interesse do conselho** como, convite e posterior relato dos conselheiros que participaram da XIX Conferência Nacional de Saúde, convites para a Conferência de Saúde Bucal e reunião com as Associações de Moradores; **menção à projetos na área da saúde**, que seriam desenvolvidos

em Itajai como o da fluoretação da água, o financiamento das DST/AIDS, ante-projeto de vigilância sanitária e apresentação do projeto Pró-Vida; por fim as **mudanças nas políticas de saúde** do município com a vinda da 4ª Regional de Saúde para Itajai e questões da relação com outros órgãos ligados ao SUS, como foi o caso do sindicato dos motoristas.

Já na 2ª gestão, o tema mais discutido foi o da **assistência**, agora com enfoque na reforma do Pronto Socorro do Hospital, questões relativas ao funcionamento das unidades de saúde, sua estrutura física, qualidade no atendimento e implantação de novas unidades; fechamento de um laboratório; fechamento do único hospital infantil da cidade; campanha de vacina e o tema da AIDS que, também, foi bastante abordado. Outros temas discutidos foram o **relacionamento do Conselho com o órgão estadual de controle e avaliação do SUS; eventos de interesse do Conselho**, no caso a X Conferência Estadual de Saúde, Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, reunião com prestadores de serviço privado, planejamento de saúde da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajai) e o convite para a inauguração de uma unidade de saúde; **mudanças nas políticas de saúde com a possível implantação da “gestão semi-plena”**; e, por fim questões relativas ao funcionamento do Conselho e prestação de contas ao conselho pelo fundo municipal de saúde.

Chama atenção o fato de que na 1ª gestão os registros referidos aos conteúdos elencados acima são atribuídos em sua maioria à plenária ou ao conselho e quando são pessoais são distribuídos de forma equitativa entre representantes dos 4 segmentos que compõem o Conselho, não havendo predomínio de um sobre o outro.

Já na 2ª gestão os registros são atribuídos à determinadas pessoas sendo bastante visível o predomínio das falas do presidente do conselho/secretário da saúde.

3.5.2 Embates

TERMOS HIPERCODIFICADOS:

- Dossiê
- Medida discriminatória
 - Questão ética
 - Somos trabalhadores
- Hospital é público e do povo
- Aconchego entre as partes
 - Virgem e Cuba
- Trabalho em vermelho
- Uso político da situação
 - Conselho ético
- Encostado na parede
- Reunião de verdade
- Ser um pouco “C.11/1a ”
- Conselho pró-forma

Aqui são considerados **questionamentos, críticas, discussões e denúncias**, registrados em ata..

Nos **questionamentos** temos um número de 38 registros, os quais, em geral são feitos para esclarecer dúvidas ou em tom de crítica sobre determinado tema ou pessoa.

Como muitos destes registros (aproximadamente metade) foram feitos em “tom de crítica”, faremos a análise destes junto com o item "críticas". Em relação às dúvidas trazidas por conselheiros, estas se referem ao andamento de obras no Hospital e Pronto Socorro local, pagamento do setor privado pelo SUS e assuntos relativos a glosas ao pagamento dos serviços

privados pelo SUS, razões do fechamento de determinado serviço, funcionamento do Conselho, irregularidades no atendimento em sindicatos.

Somando-se os registros das **críticas** feitas em forma de questionamento e as demais tem-se 48. Observo que as críticas no começo da 1ª gestão (até aproximadamente a 15ª reunião), recaiam mais sobre o funcionamento do Conselho: um conselheiro fala sobre a necessidade de se obter maiores informações sobre o funcionamento do Conselho (UR 1/1 - 2) na 1ª reunião; nas subsequentes, em alguns registros, há críticas sobre a ingerência do Prefeito sobre as decisões do Conselho, a urgência de aprovação do plano de saúde versus o entendimento pelos conselheiros e consequente tomada de decisão, sobre a mudança do local das reuniões para a secretaria da saúde e o prejuízo da vinculação do Conselho à Prefeitura. Estas questões são, de algum modo, retomadas em momento posterior, no final da 2ª gestão, quando aparecem críticas em relação à passividade do Conselho, a falta de atenção do presidente em relação ao importante papel do Conselho. Vale salientar que a totalidade desta crítica ocorreu por ocasião da penúltima reunião da 2ª gestão e o presidente do Conselho não estava presente. Há que registrar-se aqui, também, uma crítica do presidente de que o Conselho estava "bancando o tribunal de contas", feita na reunião imediatamente anterior a que mencionei acima.

Afora estes momentos, as críticas centraram-se mais em aspectos ligados ao setor saúde como por exemplo: a diminuição do horário de visitas no Hospital - há posicionamentos críticos favoráveis ou não e as discussões parecem ser bastante acirradas-, a regionalização da saúde, irregularidades no atendimento a clientes do SUS num determinado sindicato, problemas na estrutura física e falta de recursos humanos na rede de saúde e implantação de novos programas e unidades de saúde em Itajaí, atendimento aos portadores de AIDS em Itajaí, papel do serviço de controle e avaliação do SUS em Itajaí,

Nas **discussões** considerei os registros que eram assim denominados pela secretária que fazia as atas. Geralmente estão escritas em tom impessoal - "discussão sobre", "a plenária discutiu" ou ainda "houve polêmica" "houve debate", dando a impressão de existir naqueles momentos, uma tensão maior na reunião, cuja descrição dos detalhes parecia difícil ou não interessava, optando a secretária por registrar que era um assunto polêmico sem descrever os diversos posicionamentos. As vezes, também, observei quando participava das reuniões que, nestes momentos, os conselheiros falavam ao mesmo tempo e mesmo entre si, dificultando o registro do que se passava.

Há 15 registros neste sentido, os quais versam sobre o regimento do Conselho, o plano de saúde apresentado, a diminuição das visitas no hospital, a construção de um hospital-escola, problemas relativos à AIDS em Itajai, serviço de controle e avaliação, preços de procedimentos pagos pelo SUS, sobre cotas do Ministério para os municípios, prestação de contas da secretaria de saúde.

Há 12 registros em tom de **denúncia**, os quais, em sua totalidade, feitos por **conselheiros que não representam o governo**. Não há uma característica predominante no tipo de denúncias, mas versam, em geral sobre queixas no atendimento ao usuário do SUS, seja em hospitais, unidades de saúde ou laboratórios; atraso no pagamento aos prestadores, irregularidades nas contas do fundo municipal de saúde e nos serviços prestados pelo SUS, mudanças no serviço de saúde sem consulta prévia ao Conselho.

Estas denúncias aconteceram mais na 1ª gestão, com o 2º secretário empossado e na 2ª gestão com o 2º secretário da saúde empossado.

Da mesma forma que procedi no item comunicações, separando as duas gestões para ver o **conteúdo do que era discutido** em cada uma, o fiz nesta categoria **embates**, tomando como referência os itens questionamentos, críticas e discussão. Novamente aqui, na **1ª gestão** o tema do **funcionamento do Conselho** é o mais discutido, seguido do da **assistência** – a mudança no horário de visitas no principal hospital da cidade, a AIDS e a criação de um Pronto Socorro Municipal, acrescido de questões relativas ao atendimento nas unidades de saúde, à prevenção às doenças e a criação de um hospital-escola na cidade; o **planejamento da saúde do município** também aparece neste item com um razoável número de registros e por fim, aparece a **vinda da Regional de Saúde** e a **relação com outros órgãos ligados ao SUS**, no caso o Sindicato dos Motoristas.

Na **2ª gestão** o tema da **assistência** foi o que teve o maior número de registros, sendo os mesmos assuntos já mencionados na 1ª gestão exceptuando-se que em vez de falar-se em construção de um novo pronto socorro passou-se a falar em reforma do Pronto Socorro já existente no Hospital da cidade. Nesta gestão aparece muito a preocupação, principalmente dos prestadores privados, em relação às **questões financeiras** que envolvem o SUS, como pagamento por procedimentos, glosas ocorridas nos hospitais e laboratórios conveniados, cotas a AIH's (autorização de internação hospitalar) liberadas pelo SUS. A partir do levantamento destas questões aparecem as do **relacionamento entre os prestadores de serviço e o órgão de controle e avaliação do SUS**, em nível estadual. Retorna aí o tema do

funcionamento do Conselho (o que acontece mais ao final da gestão), mas agora o assunto se refere à passividade do Conselho em seu papel fiscalizador, a possibilidade de entendimento do balancete pelos conselheiros, descaso da secretaria de saúde para com o Conselho. Discutiu-se ainda sobre as **prestações de contas do fundo municipal de saúde ao Conselho, dos recursos humanos da rede de saúde, eventos de interesse do Conselho** – a realização da X Conferência Municipal de Saúde e a **mudança para “gestão semi-plena”**.

Nesta categoria, que denominei embates, há uma presença mais forte do segmento dos usuários e dos servidores, nos registros, além do governamental e do privado, muito embora a participação desses segmentos seja aparentemente **mais reativa do que propositiva**, como ocorre para os últimos. Há, também, uma concentração de fala das mesmas pessoas nos registros das atas, de modo que é quase sempre o mesmo representante dos usuários e dos profissionais de saúde que fala.

3.5.3 Propostas

Aqui incluem-se as tentativas de apontar soluções aos problemas apresentados ou mesmo sugestões de mudanças em relação a determinadas questões. Os assuntos são, de modo geral, os já referidos nas categorias anteriores, girando em torno da (1) organização do próprio Conselho e seu papel e (2) dos problemas de saúde, sendo bastante recorrentes os registros sobre o Hospital, criação de pronto socorro, a AIDS, o controle e avaliação.

Separando-se as temáticas das duas gestões observa-se que na **1ª gestão** o maior número de registros de propostas e sugestões ocorre em relação à **assistência** dentro dos assuntos já referidos anteriormente, seguido de propostas relativas ao **planejamento em saúde do município, funcionamento do Conselho** e, em menor escala, **recursos humanos da rede de saúde, prestação de contas do fundo municipal de saúde, relação com os sindicatos**.

Na **2ª gestão** também há predominância dos registros em relação à assistência, seguindo-se a **relação dos prestadores de serviço com o Controle e Avaliação do SUS**, aparecendo em pequena escala os temas relativos a **recursos humanos, questões relativas a pagamentos efetuados pelo SUS, eventos participativos, funcionamento e prestação de**

contas pelo fundo municipal de saúde.

Nesta categoria, como na anterior, há um certo equilíbrio de falas dos diversos representantes, embora se observe que há uma quantidade maior de manifestações do segmento de representantes do governo, principalmente se considerarmos que o segmento governamental preenche 22% das vagas no Conselho. Do total de 55 registros temos que 12 são impessoais, 17 do segmento governamental, 10 do segmento privado, 9 dos usuários e 4 dos representantes dos profissionais de saúde.

3.5.4 Decisões

O número de registro das decisões tomadas pelo Conselho soma 31. Em sua maioria as decisões são atribuídas ao plenário ou ao Conselho e são relativas a organização do próprio Conselho e seu papel (regimento, aprovação do plano de saúde, das contas e relatórios da área da saúde, tipo de gestão, constituição de comissão para avaliar contas) - 17 registros - , e aos problemas de saúde já citados anteriormente: horário de visitas no Hospital, regionalização da saúde, criação de um pronto socorro, criação de novas unidades de saúde, controle e avaliação -13 registros .

Inclui, também, neste item as providências tomadas durante as reuniões, entendendo-as como decisões de ações a serem implementadas. Somam 20 os registros relativos a elas, 14 dos quais referem-se à ações afetas ao presidente do Conselho e as outras 6 são relativas à distribuição de documentos aos conselheiros, como por exemplo relatórios, regimento, , balancete, etc.

Quanto ao conteúdo das decisões nas duas gestões fiz um levantamento em separado, considerando aqui apenas as decisões efetivamente tomadas pela plenária do Conselho, já que estas são, de fato, as mais importantes e concernentes ao papel do Conselho.

Assim, na 1ª gestão , os temas em que há maior número de decisões tomadas é o **do planejamento da saúde do município e o da assistência**, seguidos do tema do **funcionamento do Conselho, aprovação de contas, regionalização da saúde e aprovação do projeto de fluoretação da água de Itajaí.**

Na 2ª gestão a temática principal nas decisões passa a ser a **prestação de contas**

do fundo municipal de saúde ao Conselho – aprovação de relatórios e balancetes, instituição de comissão para averiguação nas contas, tema que culmina com a não aprovação das contas do município referentes a 2ª gestão na 1ª reunião da 3ª gestão. Houve ainda decisões relativas a **mudança nas políticas com aprovação da gestão semi-plena**; à **assistência** – aprovação para construção de uma unidade de saúde, **realização da etapa municipal da 10ª Conferência Nacional de Saúde e eleição do vice-presidente do Conselho**, no começo da 2ª gestão.

3.6 DISCUSSÃO

3.6.1 O Que Se Fala e o Que Se Cala no Conselho

Uma leitura inicial dos dados que apresentamos anteriormente, nos põe em contato com as atividades realizadas nas reuniões do Conselho durante um período de 3 anos e meio. O fato de a categoria **“o que é dito no Conselho”** sobressair-se em relação as demais não impressiona, já que se trata de um espaço político, onde se discutem as políticas de saúde, e é apropriado que se “converse” o mais possível antes de se tomarem decisões.

Entretanto, chamam a atenção alguns dados. Há, por exemplo, um largo predomínio das falas do governo em relação aos demais segmentos, principalmente no tocante às comunicações, cujo conteúdos muitas das vezes são relativos a trabalhos realizados pela Secretaria de Saúde, fato que fica mais evidente na 2ª gestão. Evidencia-se, ainda, que essas falas são, em grande parte, dos presidentes que comandam o Conselho, nas duas gestões analisadas.

Tomando aqui o critério da paridade como parâmetro, poderia inferir que apesar dos usuários juntamente com os demais segmentos ocuparem grande parte dos assentos – algo em torno de 80%, no COMUSA/Itajaí - eles têm “pouco a dizer” ou “dizem pouco”, já que este **espaço é basicamente ocupado pelo segmento governamental**, especialmente na pessoa do presidente do Conselho. Vale lembrar que como já vimos anteriormente esta representação segundo a lei deveria ser de, no máximo 12.5%, quando está na casa dos 22%, no

COMUSA/Itajaí.

O Movimento da Reforma Sanitária se pauta por vários princípios, dentre eles o da participação da população como a grande novidade que poderia alterar a face de um sistema de saúde, corroído pela malversação de recursos. Mas, para tanto, seria necessário ouvir o que essa mesma população tem a nos dizer sobre os serviços de que se utiliza, como os avalia, como os vê. O que se constata aí é a velha prática de técnicos falando para os que não entendem, sobre algo que só os primeiros sabem, ou o que poderia ser pior, o uso instrumental de um espaço que se pretendia “democrático”, para legitimar ações governamentais e não para “controlá-las”, como seria a proposta de papel para os conselhos.

Publicizar as ações da secretaria, como o fazem a maioria de seus secretários, não é um ato em si condenável, pelo contrário, é necessário no sentido colocado por Bobbio (1997), de que a publicidade é, em si mesma, uma forma de controle, um expediente que permite distinguir o que é lícito do que não é. Entretanto, o que está acontecendo é que o segmento governamental acaba mostrando somente o **que interessa mostrar**, de modo que o controle destas ações fica truncado em muitos aspectos.

Outro aspecto importante, sobre o qual já nos detivemos um pouco ao analisar o perfil dos conselheiros e vale a pena voltar é o dos técnicos falando para leigos. A presença do discurso competente, fica patente pelo grande número de técnicos da área da saúde presentes no Conselho, fato que não é problemático em si mesmo, mas depende de que desdobramentos possa ter. A questão não para por aí, pois constata-se que nem todos os técnicos tem a mesma possibilidade de “dizer” algo no Conselho. É que o discurso competente para Chauí (1993, p. 7), vai além da questão técnica propriamente. Para a autora o discurso competente é o discurso instituído, no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: “não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância”. Os interlocutores deste discurso já foram previamente reconhecidos como tendo direito de falar e ouvir, os lugares e as circunstâncias já foram predeterminadas, para que seja permitido falar e ouvir e o conteúdo e a forma já foram autorizados, segundo os cânones da esfera de sua própria competência. Nesse discurso há uma repartição, circunscrição e demarcação quanto aos interlocutores, o tempo, o lugar, a forma e o conteúdo. E esse parece ser o caso do COMUSA/Itajaí, onde encontramos esta repartição, circunscrição e demarcação, de quem pode e o que pode falar. Evidentemente, o segmento governamental não fala todo o tempo sozinho, existem outros espaços também demarcados em que outros podem falar ,

como veremos adiante. O importante, aqui, é perceber qual é o lugar ocupado pelo governo quando fala. É um lugar ideológico pois parece querer preencher com seu saber e com seus fazeres, os espaços que eventualmente poderiam colocar em dúvida as benfeitorias, que a todo o momento se atribui. Ao mesmo tempo que se coloca como o único que sabe lidar com o sistema de saúde, delega aos outros, também, um lugar de escuta e de assentimento, que acaba por legitimar todo o seu discurso. Como afirma Maingueneau (1993), “ao enunciar, eu me concedo um certo lugar e ‘atribuo um lugar complementar ao outro’, peço-lhe que se mantenha nele e que ‘reconheça que sou exatamente aquele que fala de meu lugar’”.

Da forma como foi construída, na lei, a participação nos conselhos seria, de fato, investida de certo poder, já que deliberativa, mas a atitude do governo parece ser a de estancar este poder e, por outra parte, alguns segmentos envolvidos não encontraram estratégias para fazer frente a esse modo de agir, para resistir, assumindo esse “lugar” de passividade esperado pelos primeiros. Para Godbout (1983), se a participação se constitui em estratégia ela pode ser também utilizada pelos (outros) participantes, ou seja, é uma dupla estratégia. Então, à participação/manipulação, opor-se-ia a participação/infiltração, meio de utilizar a organização em seu proveito. Mas, para que isto aconteça faz-se necessário que os outros conselheiros assumam um outro lugar, que não o do assentimento, esperado pelo segmento governamental. O que pode estar acontecendo, é que diante do lugar de autoridade que ocupam os presidentes do Conselho (o que aumenta quando são médicos) os demais conselheiros não se autorizam a sair da posição que deles é esperada, que é a de aquiescência às ações governamentais. Posição esta, que curiosamente só é alterada eventualmente, pelos representantes dos serviços privados, especialmente os médicos.

A razão deste silenciamento no Conselho pode ser produto, também, do tipo de “poder invisível” decorrente da relação do discurso competente com a crescente burocratização de nossa sociedade (aspectos levantados por Bobbio, 1997), a qual tem suas bases no discurso da organização. Para Chauí (1993) o processo de burocratização impõe um quadro social homogêneo tal que a estabilidade geral do emprego, a hierarquia dos ordenados e das funções, as regras de promoção, a estrutura da autoridade, tenham como efeito criar uma única escala de status sócio-econômico. Algumas das consequências deste **processo de hierarquização** e organização são: **1- que o poder não depende daquele que ocupa o posto, mas pertence ao próprio degrau hierárquico** – o cargo é que possui qualidades determinadas; **2- a dominação tende a permanecer oculta graças a uma crença em uma**

ratio administrativa tal que os dirigentes e dirigidos pareçam ser comandados pelos imperativos racionais internos à organização.

Este efeito da burocratização sobre o poder dos representantes do Conselho, fica claro em vários momentos. Por exemplo, na 1ª e 2ª gestão, tanto o segundo como o terceiro secretários da saúde empossados, eram pessoas leigas na área da saúde. No entanto, o que se percebe neste período, com exceção de algumas resistências pontuais, é que ele se caracteriza como o período de maior passividade do Conselho. Alguns conselheiros entrevistados que participaram destas gestões falam sobre a dificuldade que era se pronunciar no Conselho, à época.

Um representante dos usuários relata:

“agora existe muita abertura, (referindo-se à 3ª gestão que se iniciava no período da entrevista), antigamente não. Era só aquilo que podia ser dito. Não davam muita importância ao COMUSA, a prestação de contas já vinha feita. Nós temos uma Secretaria que é no cabresto, quer dizer, tem determinadas coisas que só vai até ali.”(C.4/2ª)

Segundo um outro representante, também dos usuários:

“na primeira gestão, que eu participei (na realidade, 2ª gestão do Conselho), a gente não podia questionar muita coisa. Questionava o cara gritava: não, não é assim, tal e tal, e pronto. Nós ficávamos quietos, porque não tínhamos nenhum recurso...”(C.6/2ª)

O próprio Conselho, ao final da segunda gestão se auto-avalia como tendo sido passivo neste período. Na UR38/II, o vice-presidente substitui o presidente e há constatação de irregularidades na prestação de contas. Um dos conselheiros, representante dos profissionais de saúde, se pronuncia na reunião dizendo que:

“há muito não tínhamos condições de fazer uma ‘reunião de verdade’, pois o Secretário preside a reunião, cercado de assessores e isso nos intimida... Agora estamos mais maduros e é hora do Conselho ser mais ativo como no tempo do C.11/1ª . Nós podemos ser um pouco ‘C.11/1ª ’ e não aprovar contas de construções de postos de saúde, que não passaram pelo Conselho.”

Ao se referir à legitimidade de quem enuncia o discurso, como uma de suas possibilidades de restrição, Maingueneau (1993, p. 37) diz que

“não é por terem dado prova de sua competência que determinados indivíduos da população detém um discurso, mas porque o exercício deste discurso pressupõe um lugar da enunciação afetado por determinadas capacidades, de tal forma que qualquer indivíduo, a partir do momento que o ocupa, supostamente as detém”.

Quero dizer, que mesmo tendo a sua frente alguém que não tinha a competência técnica, este encontrava-se num cargo que, por si mesmo, lhe dava autoridade para falar sobre saúde e isto bastava para que o ritual se consolidasse – a missa, só o padre poderia rezá-la. Quem é, senão o Secretário da Saúde, a pessoa mais autorizada e capacitada para falar da saúde de um município?

Se levarmos em conta, ainda, que além de **Secretário de Saúde do Município**, o presidente desses conselhos em muitos casos é um **médico**, isto poderia aumentar ainda mais esse **monólogo** do governo com os demais participantes, pois se considerarmos o lugar de autoridade que ocupa este profissional, sua fala tende a soar como a palavra final, em muitos assuntos para os quais seria necessário o diálogo. O uso de termos hipercodificados, identificados na análise, como por exemplo: *atender a todos sem discriminação, secretaria não dispõe de verbas, benefícios para as áreas sociais, casos sociais*, são, em grande parte do jargão administrativo da área da saúde, tem aqui um uso ideológico e fazem parte da competência do discurso. Competência criada para fazer com que falem alguns e com que se calem outros.

Mas, a pior consequência da burocratização, talvez, seja aquela de escamotear o poder, ou seja, atribuí-lo sempre a uma instância superior, a qual também não o concretiza, porquanto aparece nas normas, leis, determinações, etc. O olhar hierárquico, segundo Foucault (1994b) é um dos instrumentos de poder que permite uma visibilidade máxima de quem exerce o poder, de modo que quem está no final da escala, não veja quem o exerce (é a figura do panóptico, transposta para a modernidade). No caso do COMUSA/Itajaí essa sensação de não saber a quem ou o que criticar, atravessou-me várias vezes como conselheira - “afinal, coitado do secretário ele tenta fazer o melhor, os outros é que não deixam”. Os outros aqui podem ser o Prefeito, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, as *verbas que são*

insuficientes, as questões técnico-operacionais, a falta de condições técnicas à nova administração, o momento político de muita pressão, etc., etc, etc. Em suma, não se sabe com quem se está falando, mas somente o que pode ou não pode ser falado.

O aspecto ritualístico das reuniões contribui para que o poder no Conselho circule pouco entre seus participantes. Em sua “ordem do discurso” Foucault(1996) analisa os procedimentos que restringem o discurso, no mesmo sentido de restrição que falava Chauí (1993) ao se referir ao discurso competente, que ninguém está autorizado a falar qualquer coisa em qualquer lugar, etc. Diz, pois, Foucault que o ritual é um destes sistemas de restrição, pois,

“o ritual define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam (e que no jogo do diálogo (...)devem ocupar determinada posição e formular determinado tipo de enunciados); define os gestos, os comportamentos , as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso; fixa, enfim a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles sobre os quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção” (Foucault, 1996, p. 38).

O ritual é, também, parte do jogo que garante o reconhecimento recíproco dos integrantes de uma escala hierárquica, que garante a eficácia da burocracia, dos meios sobre os fins da ação.

A grande proposição resultante destas práticas parece ser a de que: **“estamos fazendo tudo que podemos (governo), portanto vocês (outros conselheiros) não podem nos condenar (criticar/questionar), porque se algo não dá certo a culpa não é nossa”**. E o ritual das reuniões e dos cargos garante que esta verdade seja absorvida por todos.

As várias interrupções das reuniões, nas duas gestões, é mais um fator que parece corroborar no sentido de colocar o Conselho nesse lugar de quem nada tem a fazer, a não ser ouvir e concordar que tudo está sendo feito. A continuidade permitiria, por certo, que resistências, ainda que isoladas, tomassem mais corpo e pusessem instabilizar o **“projeto de convencimento do Conselho”**.

Há, também , outro aspecto que pode ser analisado a partir do trabalho de Rubim (1996), sobre comunicação e contemporaneidade. O autor faz uma reflexão sobre o poder dos mídia sobre a sociedade através da publicização dos discursos destacando o fato de que neste

ato de comunicação inexistente a possibilidade de diálogo. Desta forma torna-se um lugar de produção de discurso, mas, por seu caráter de unilateralidade, um lugar de produção de silêncios, também. Silêncio que é um modo de legitimar o poder, no sentido de que permite que um determinado tipo de subjetividade se afirme. Considerando a forma como a comunicação tem se dado no Conselho posso compará-la a esse tipo de comunicação midiática, em que não há trocas de sentidos e lugares, por que há centralização do poder da fala, em que são produzidos vários tipos de silêncios, embora haja ali a possibilidade concreta de diálogo (a presença de pessoas), o que na telecomunicação do cotidiano não é uma realidade possível, até o momento.

Considerando a forma como este silêncio aparece no Conselho, normalmente, como reação ao uso do discurso competente, inclino-me a pensá-lo como um **silenciamento**²⁸, no sentido colocado por Orlandi (1995, p. 55), de que “como o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito – ao dizer, ele estará necessariamente, não dizendo ‘outros’ sentidos. Isto produz um recorte necessário no sentido.” Nessa perspectiva é que se torna possível o exercício da **política do silêncio**, através da qual apagamos outros sentidos possíveis, mas indesejáveis em uma situação discursiva dada, isto é se diz “x” para não (deixar) dizer “y”. Por aí se apagam os sentidos que se quer evitar, sentidos que poderiam instalar o trabalho significativo de uma “outra” região de sentidos (formação discursiva). É esse mecanismo que põe em funcionamento o conjunto **do que é preciso não dizer para poder dizer**.

Se refletirmos sobre a forma como têm-se desenvolvido as reuniões no Conselho, parece ficar claro o uso desta política do silêncio pelo governo, em relação aos demais segmentos. Não que ela seja totalmente eficaz, há resistências, sobre as quais refletiremos adiante, mas é o que fica mais evidente. Concretamente, a política do silêncio se instala, por exemplo, quando: as poucas falas dos usuários não são acolhidas ou tem como retorno uma resposta técnico-administrativa ou quando o Secretário da Saúde/Presidente e os técnicos que o assessoram, em quase todos os momentos, tem uma atitude como esta que aparece, exemplarmente, na UR 20/II (1ª reunião com o 2º secretário empossado), quando, de forma

²⁸ Em sua obra “*As Formas do Silêncio no Movimento dos Sentidos*”, Orlandi (1995) diferencia dois tipos básicos de silêncio: o **silêncio fundante**, aquele que é inerente a todo discurso, isto é, todo o processo de significação traz uma relação necessária ao silêncio, e o **silenciamento ou política do silêncio**. A diferença entre o silêncio fundante e a política do silêncio é que a política do silêncio produz um recorte entre o que se diz e o que não se diz, enquanto o silêncio fundador não estabelece nenhuma divisão: ele significa em (por) si mesmo.

unânime, ele e seus assessores apontaram uma falha que consideraram gritante em nosso sistema de saúde – *“a distorção de nosso modelo de saúde, que continua sendo curativo”*. Entretanto,... *“a rede de Saúde de Itajaí é muito boa, ‘motivo de orgulho’ (aspas da secretária que redigiu as atas) e que não vão medir esforços para melhorá-la ainda mais”*.

Neste exemplo, vê-se claramente que era preciso não dizer que nosso modelo continua sendo o modelo curativo. Para tanto, fez-se tornar mais forte a argumentação de que embora seja curativo é ótimo, e isto fecha possibilidade de qualquer tipo de crítica. Falar que o enfoque da saúde é curativo, acaba, da forma como foi colocado, soando como algo banal, ou seja, nossa assistência é curativa, mas não deixa de ser ótima. Talvez, até, esteja embutido aí que, justamente, por ser curativa é que possui estas qualidades.

De qualquer forma, um dos princípios mais defendidos pela Reforma Sanitária é que o modelo de saúde se modifique, passando de um modelo curativo para um mais preventivo. Mesmo dizendo que ele não é preventivo, a secretaria coloca-se numa posição intocável, tamanha a competência que se auto-atribui. Este tipo de silenciamento, que aconteceu inúmeras vezes no COMUSA/Itajaí, esteve relacionado, na maioria das vezes, ao uso das hipercodificações ideológicas, advindas do jargão técnico-administrativo.

Enfim, nas entrevistas, principalmente com os representantes usuários esse “não-dito” sobre o funcionamento da assistência da rede pública, vai aparecer claramente em suas falas. Um deles diz que a Secretária de Saúde deixa a desejar quando não discute o problema do Hospital Infantil²⁹.

A única coisa que a Secretaria está deixando (...) a desejar, que é uma coisa que eu queria criar um caso no COMUSA, é que, realmente, tínhamos que, urgentemente tentar fazer um hospital infantil ou alguma coisa neste sentido. Porque essa coisa de ir lá...tira-se um doente daqui e leva-se: 1º para o postinho, daí para o São Vicente (Policlínica de Pronto Atendimento)...para depois, dependendo do caso ir ao Menino Jesus (Hospital Infantil da cidade). Então, se for um caso grave, a criança morre, né? Precisaríamos ter um hospital (pediátrico). Acho que em Itajaí caberia um hospital municipal. E isso é um caso que eu tinha que criar no Conselho. Sei lá..., incentivar, fazer uma

²⁹ No município existe somente um Hospital Infantil, que é particular e não possui convênio com o SUS, atendendo os seus usuários somente em casos de “emergência”

campanha...(para que) realmente tivesse uma coisa municipalizada”.(C.4/2ª)

Com relação a isso, o mesmo conselheiro fecha a questão dizendo:

Então, a Saúde Infantil, aqui em Itajaí, de um modo geral está muito precária. E eu acho que nisso o Conselho também está pecando, porque nós não estamos nos preocupando com essas coisas. Ninguém fala!(C.4/2ª)

Esta representante/usuária tem presenciado casos em sua comunidade em que as mães com filhos doentes, pobres, que não têm um plano de saúde ficam sem a quem recorrer (conta vários casos, com detalhes e como tem procedido para ajudar).

Aponta, ainda:

“Outra coisa que, também, na área da Saúde não há preocupação é de fazer um trabalho preventivo com o idoso. Quer dizer, não tem uma área em qualquer lugar que seja assim...Digamos, nas policlínicas, por exemplo, deveria ter um geriatra. Não tem! Nós temos um geriatra que atende pelo SUS. Muito pouco, né? Coitado, duas vezes na semana, só.(C.4/2ª)

Quanto ao trabalho preventivo com o idoso, emite, ainda várias opiniões de como poderia ser conduzido.

O outro usuário fala a respeito da falta de fichas nos postos, das filas e do horário para pegá-las:

“Tenho que ir para o Posto (de saúde) à meia-noite, (para pegar a ficha para o dia seguinte), senão não pego”.(C.6/2ª)

E complementa:

“Aí se eu chego no Conselho e falo isso, tem 5 ou 6 que falam: não, não é bem assim. Mas a gente sabe, que a realidade é essa..”(C.6/2ª)

Comenta ainda da falta de um posto de saúde em sua comunidade e sobre a dificuldade para conseguir as fichas para o médico:

“4:30 da manhã não tinha mais ficha. Eu não sei, perguntei esses tempos, pro Secretário (da Saúde) quantas fichas que o médico ia atender. Ele disse 15. Mas, na realidade nunca tem 15. Chega lá ele atende só 6. O resto é retorno, mas eu acho assim... que se atende 15 fichas, tem que ser 15 fichas. (C.6/2ª)

Aí ali teve um problema, também,... As pessoas estavam dando fichas através do telefone. Não sei! A gente descobriu isso porque teve um membro da Associação que ligou prá lá e conseguiu uma ficha por telefone. Quer dizer, tu vai prá lá

4:35 horas da manhã e não tem ficha prá ti. De repente um cara liga prá lá e consegue, aí tem. Houve isso, também, aqui no postinho, não sei como é que está agora...”(C.6/2ª)

Outro problema que detecta é o não cumprimento de horários pelos médicos:

“Esses tempos foi questionado, também, porque o secretário não tem como questionar o médico. Por exemplo, se ele tem que chegar às 9:00 horas, porque ele chega às 9:30, 10:00, 11:00 horas? Se ele ganha prá trabalhar xis, ele tem que chegar tal hora, não interessa se é formado nisso ou naquilo! Ele é profissional, ele está sendo pago. A resposta que nós tivemos foi que o secretário não tinha como fazer os caras chegar na hora. Aí a gente perguntou, como? Como não tem como fazer? Vocês é que pagam a eles, como é que vocês não tem como fazer, eles chegarem na hora?”(C.6/2ª)

Quanto a este último ponto demonstra indignação e diz não entender o fato do Secretário não poder cobrar o cumprimento de horário dos médicos, se eles é que são os empregados da Secretaria de Saúde.

Estes assuntos nunca foram debatidos no Conselho, e são exemplos claros de que há muitos não-ditos ali. Não-ditos que poderiam ser importantes para que efetivamente o Conselho fosse um espaço popular, como se pretende. Além disso, tomando a descentralização, com conseqüente municipalização, como um dos mais importantes princípios para garantir a Reforma Sanitária, esta somente poderá acontecer na medida em que haja revalorização da relevância política da periferia com relação ao centro, ou seja, a proximidade do poder faria com que fosse mais possível o controle público das políticas e recursos em saúde. E o requerido controle social advém justamente da necessidade de controle do poder (e de seus abusos) por todos os cidadãos (representados ou diretamente). Se, em nível local as práticas para escamotear o poder (burocratização, tecnocracia, manipulação, clientelismo, fisiologismo), continuam as mesmas, como garantir que essa descentralização de fato ocorra, não somente em nível administrativo, burocrático, mas com uma real distribuição do poder?

E, ao que parece, estes usuários, em princípio, teriam o que dizer, mas não o fazem. Todavia, tomando aqui o poder no sentido foucaultiano, há sempre a possibilidade de se rebelar , de resistir; a resistência é imanente ao poder. Como estariam e onde apareceriam, então, estas resistências no COMUSA/Itajai?

Antes, porém, de analisar mais de perto essas resistências, gostaríamos de discutir,

outra questão que surge ao avaliarmos os conteúdos que permeiam as reuniões do COMUSA/Itajaí, o que terá relação com o que tentamos discutir até agora.

Embora o tema **funcionamento do Conselho** se sobressaia na 1ª gestão em algumas categorias analisadas, o tema da **assistência** vem a seguir, chegando mesmo a sobressair-se na 1ª gestão na categoria embates e na categoria referente às decisões. Na Segunda gestão o tema da assistência é predominante em todas as categorias, menos na referente às decisões, onde há somente um registro de decisão dentro desta temática.

Outros temas que contam com um número razoável de registros são, o **planejamento em saúde** (somente na 1ª gestão); a **prestação de contas** (muito presente nas decisões da 2ª gestão), **mudanças nas políticas** (regionalização da saúde e aprovação da gestão semi-plena) e questões financeiras dos prestadores privados em relação ao SUS.

No conjunto, é o **tema da assistência o mais constantemente citado na agenda de discussões**, embora a isto não corresponda a tomada de decisões sobre ele. Começemos portanto, por aí.

Em relação à assistência os assuntos debatidos referem-se, em sua maioria, à assistência médica, como se pode averiguar no item da análise de dados. Mesmo quando o tema é a AIDS ou o atendimento nas Unidades de Saúde, as demandas são por mais e melhor assistência médica. Em outras palavras, tendo como base as reflexões do início deste estudo, estaríamos diante de um Conselho medicalizado. Medicalização que como já dissemos não é somente negatividade, pois é resolutiva para um grande número de problemas, decorrente dos quais seria inimaginável, hoje, não sobrevivermos. A possibilidade de envelhecermos hoje, em muito devemos a essa medicalização. Nossa crítica reside no lado perverso da medicalização, no sentido da imposição de pautas, as vezes anti-éticas, que põem em risco nossa liberdade, enquanto seres humanos, de fazer escolhas; que absolutiza o saber médico-científico, como único capaz de resolver e dar conta da existência. É deste ponto de vista que nos opomos à medicalização – de ser mais um instrumento de controle das pessoas em sua existência. Evidentemente, não há por parte da maioria dos conselheiros a consciência de que o controle social que exercem possa estar reforçando ainda mais esta medicalização, que isto possa estar ocorrendo em suas práticas. Para eles, a categoria saúde parece ser totalmente dependente desses atos médicos, mais do que de outros, como a informação, por exemplo, e suas reivindicações não poderiam ser diferentes. O “em torno” cotidiano está a todo o momento a reforçar esta idéia .

Não que não possam estar conscientes de que saúde depende de outros fatores, creio que sabem disso. Mas, talvez, não pensem no Conselho como uma instância em que se poderia estar estudando e planejando outras formas de se obter e manter a saúde, que não esteja vinculada necessariamente à consulta médica, por exemplo. Talvez, não saibam, nem mesmo, como propô-lo. De qualquer modo, governo e profissionais de saúde, que poderiam propor algo mais, do que somente este tipo de assistência, não têm feito nenhum movimento na busca de outras perspectivas, a despeito de todo o ideário de prevenção que comporta a Reforma Sanitária. E, num certo sentido, como afirma Luz (1991), o lema (da Reforma Sanitária) “Saúde, direito de cidadania, dever do Estado”, implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identificam saúde como ausência relativa da doença.

Vale salientar, aqui, a pertinência das reivindicações que permeiam o Conselho. São necessidades sentidas!, Sim! Verdadeiramente. A questão é sua exclusividade na pauta de discussões e por conseqüência a ausência de várias outras, como saneamento e poluição ambiental, doenças preveníveis, informação à saúde de modo geral, etc., e, finalmente a discussão sobre a mudança do próprio modelo assistencial, de curativo para preventivo, ensejado pelo SUS. Fazendo aqui uma analogia é como se fôssemos bombeiros que na iminência de um incêndio não têm outra coisa a fazer, a não ser apagar o fogo e lidar com seus estragos (que no nosso caso da saúde, são muitos). A questão, é que existe a possibilidade de evitar estes incêndios cercando os fatores de risco, para que eles não venham a acontecer. Guardadas as proporções, é essa possibilidade de previsão dos riscos relativos à saúde, a que está exposta a população de Itajaí, que poderia ser mais considerados no COMUSA/Itajaí.

Talvez, uma das razões para que isto ocorra, seja a que levanta Campos (1988). Ao falar sobre a implantação da Reforma Sanitária, já advertia, àquela época, que na medida em que aumentava a densidade de “oficialismo” dos documentos que tratavam da reforma, diminuía as referências ao modelo assistencial, chegando quase a desaparecer. Para o autor este “apagamento” do tema não é casual, pois na medida em que não se discute, decide-se pela manutenção do modo de produção de serviços de saúde existente (a assistência médica), o que possibilita, no máximo, correções administrativas.

O planejamento em saúde, para o qual nunca foi dada muita muita importância no COMUSA/Itajaí, talvez, fosse um interessante instrumento para que os conselheiros, pudessem

ter uma visão um pouco mais ampliada a respeito do que afeta a saúde dos cidadãos. Naquele momento, poderiam ser discutidos problemas de saúde do município, solucionáveis, tanto através da promoção, como da proteção à saúde. Mas o que se observou com relação ao momento do planejamento: na 1ª gestão deveria ser elaborado em tempo recorde, do contrário colocaria “em risco” a **vinda de verbas** para o município. Da mesma forma observei na 3ª gestão como conselheira. Embora se reivindicassem dados da saúde do município e a passagem do plano de saúde pelo Conselho, o que aconteceu é que embora tenha se conseguido ouvir uma exposição sobre os problemas de saúde do município, esta aconteceu de maneira rápida e superficial e a passagem do plano foi novamente, e mais que na 1ª gestão, uma passagem “a jato”, porque havia necessidade de **aprovação imediata para vinda de verbas**. Novamente!

Essa medicalização, presente nas práticas do Conselho pode se expressar, ainda, a partir da relação dissimétrica dos experts com os leigos. Nos serviços isto aparece em posturas dos clientes, em geral mais “passivas” que ativas, diante do saber/poder dos profissionais de saúde e de profissionais, em geral muito autoritários, em suas relações com os usuários. O que isto tem a ver com as práticas de um conselho? Eu diria que tudo, na medida em que esta relação entre usuários e profissionais, advindas de espaços privados, tendem a se repetir nestes espaços coletivos. De algum modo, isto fica bastante claro no Conselho analisado. Hierarquicamente, falam os tecnocratas do governo, os profissionais do serviço privado, os representantes profissionais e, aos usuários, resta uma parcela ínfima de espaço para dizer algo, que muitas das vezes nem é levado em consideração.

Aqui cabe voltar ao questionamento de Bobbio (1997): é possível a subsistência de um sistema democrático em uma sociedade não democrática. Quero dizer, a estrutura do Conselho mesmo sendo democrática, pode não garantir que suas práticas também o sejam. E a medicalização tende a reforçar este autoritarismo presente nas relações mais privadas (o que não acontece somente na área da saúde), as quais se repetem, quando se ampliam para o setor saúde e a sociedade civil, especialmente com relação ao setor popular, que conta com um número menor de instrumentos para opor-se.

Finalmente, cabe refletir que a medicalização seria um problema mesmo que obtivéssemos uma situação de diálogo ideal no Conselho, onde não existissem outras interferências, como a falta de informação, a linguagem hermética dos técnicos, a falta de capacitação dos conselheiros para atuarem no conselho, etc. Creio, todavia, ser importante a exposição destas reflexões, pois nos fazem perceber dimensões de nossas práticas, cujos

determinantes não são tão imediatos, conseqüentemente, as mudanças também não. Todavia, sabemos que uma mudança, ainda que lenta, rumo a uma nova subjetividade em saúde, depende da revisão de nossas práticas profissionais cotidianas, na relação com nossa clientela. Agora, porém, parece-nos mais urgente, problemático e concreto analisar outras estratégias de poder que permeiam estas práticas do COMUSA/Itajaí.

Voltando a falar sobre os temas discutidos no Conselho, chama-nos atenção o fato de que à esta intensidade com que a assistência médica é falada não corresponde o número de decisões tomadas, pois temos 6 registros de decisões durante as duas gestões, dos quais 5 são relativas à 1ª (gestão). Dizem respeito à criação do Pronto Socorro Municipal, cuja idéia foi abandonada, em detrimento da reforma do já existente; construção de novas unidades de saúde, previstas no plano de saúde da 1ª gestão. Finalmente, decisões relativas à diminuição do horário de visitas no Hospital Geral da Cidade (de 7 para 3 dias), requerida pelos representantes privados (do Hospital) e não aceita pela maioria dos conselheiros, a partir do que instalou-se grande polêmica no Conselho. Este assunto será analisado mais detalhadamente no item a seguir, mas cabe registrar aqui que a decisão do Conselho em não aceitar a diminuição dos dias de visitas foi contestada pelo referido hospital e por todo um processo, que não fica totalmente claro a partir dos documentos analisados. O Hospital mantém o horário restrito que havia imposto, à revelia da decisão do COMUSA/Itajaí.

As decisões sobre o planejamento em saúde estão concentradas somente na 1ª gestão, mas dizem respeito basicamente ao processo de condução deste planejamento e não a decisões sobre o que fazer em relação à saúde, propriamente.

Na segunda gestão, sobressaem-se as decisões em relação à prestação de contas, a maioria, através da aprovação dos balancetes, na base do “voto de confiança” dos conselheiros..

Como constatamos as decisões, em geral, parecem ter sido de pouco impacto para a saúde do município. Isto, de certo modo, é confirmado pelas entrevistas com os conselheiros, pois, nenhum dos sete entrevistados ao ser inquirido sobre o impacto das decisões do Conselho sobre a saúde de Itajaí, respondeu afirmativamente a questão, trazendo, para tanto, fatos concretos, que considerava de impacto. A maioria deles, foi mais normativo, isto é, teceu considerações sobre a importância que “deveria ter” o Conselho para a saúde de Itajaí. Foi unânime, também, a conclusão de que o Conselho não estaria cumprindo seu verdadeiro papel, aquele de deliberar sobre a saúde do município. Evidentemente, há divergências sobre a forma

como isto poderia estar acontecendo, mas o fato é que retomando a avaliação dos conselheiros ao final da 2ª gestão, há um consenso de que o “*Conselho existe pró-forma*” (UR38/II), como disse um dos representantes do serviço privado. Esta constatação é reiterada em algumas entrevistas, onde encontramos expressões de 3 conselheiros para dizer a mesma coisa, como por exemplo: “*o Conselho é figurativo*” (C.4/II); “*um Conselho de perfumaria*”(C.16/I); “*o Conselho, na teoria, é uma coisa muito boa...*”(C.14/II).

O fato de na 2ª gestão sobressaírem-se decisões acerca da aprovação de balancetes e a forma como foram encaminhadas, parece confirmar este caráter do Conselho, de existir somente por uma exigência legal do Ministério da Saúde e para que haja comprovação de que as contas passaram por aí e foram aprovadas, em suma, por uma questão burocrática. Mas, ao que parece, acaba sendo mesmo apenas um trâmite burocrático. Um dos entrevistados, representante do setor privado, coloca bem essa questão, no seu depoimento:

“Eu acho que o nosso Conselho não está fazendo isso (referindo-se ao papel fiscalizador). Eu não sei quando, como está sendo usado o dinheiro. Eu não tenho a menor idéia, já pedi várias vezes...até explicaram, mas eu, ainda, continuo não entendendo. Quanto está sendo usado do dinheiro, quanto entra exatamente...até sei, mais ou menos quanto entra, mas quanto é usado para o público, quanto para o privado, como é usado esse dinheiro exatamente, eu não sei. Continuo não sabendo. Depois de 6, 7 anos no COMUSA, continuo não sabendo.”(C.14/2ª)

Mas, se este estudo se pretende coerente com suas bases teóricas, é importante lembrar que no jogo do poder sempre aparecem resistências. É importante que observemos como elas se expressam, qual é sua racionalidade, enfim qual é a possibilidade de fazerem circular o poder. Há tentativas, de alguns participantes, de modificar o quadro até o momento exposto, o que aparece mais claramente ao discutirmos os **embates**. É o que faremos a seguir.

3.6.2 A Voz Ativa das Resistências

Mesmo diante dessa tendência de fixação das relações poder, sustentada por mecanismos de micropoder que reforçam as dissimetrias, as resistências, como não poderia

deixar de ser, estão presentes no COMUSA/Itajaí. Porém, sua expressão, um tanto desarticulada, indica que o mecanismo é tão ajustado a ponto, mesmo, de neutralizá-la como contra-poder, em certos momentos. É que o dispositivo, através de processos de separação e verticalidade e de uma rede hierárquica precisa, faz com que as relações de poder funcionem não acima, mas na própria trama da multiplicidade, de maneira mais discreta possível.

Então, decorre que embora na categoria dos embates, haja a presença bem mais pronunciada dos outros segmentos representados no Conselho, além do governamental e do privado, a participação deles é, digamos assim, aparentemente **mais reativa do que propositiva**, como perceberemos ao analisar algumas situações em que estas resistências se expressam.

O primeiro embate no Conselho se deu a partir da aprovação do regimento interno. A discussão e aprovação do regimento do Conselho pela plenária aconteceu em 4 reuniões. Os pontos polêmicos da discussão foram a indefinição na composição do Conselho, o grau de ingerência do prefeito nas decisões do Conselho, a substituição dos conselheiros e o poder do presidente para exercer voto de qualidade. O que parece expressar-se, novamente, nestes pontos de discussão é que há, por parte do segmento governamental, uma tentativa de assegurar para si a maior parte do poder decisório (já que a lei de criação do conselho foi proposta por ele), e uma tentativa por parte de alguns conselheiros de resistir a esse poder imposto, pelo menos no momento da criação do Conselho.

A ambigüidade do governo, referida anteriormente, parece expressar-se nestes embates, pois, embora ao conselho seja atribuída uma série de funções deliberativas em relação à saúde do município, na Lei Municipal (Lei nº 2634/91) e Regimento (Decreto nº 4.770/92) propostos, o Prefeito teria o poder de nomear os conselheiros e seus suplentes (art.3º; paragr.1º) e, ainda, de **aprovar ou não** as decisões do Conselho (art. 6º). Além disso, assegura a presidência do Conselho, a um membro do governo, o secretário da saúde. A lei federal que cria os conselhos (Lei 8142/90) , em seu art. 1º , parágrafo 2º , especifica que as decisões do conselho **serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído** em cada esfera de governo e, embora isso tenha sido argumentado por um dos conselheiros, não foi aceita a alteração com a alegação de que “se contrapunha à lei municipal”. Uma lei federal tem ascendência sobre a municipal, mas o que ficou legislado em Itajaí na criação do Conselho de Saúde (Lei 2.634/91, é que o Prefeito tem o poder de aprovar (ou não) as decisões do conselho e o COMUSA/Itajaí, não consegue modificar este dispositivo.

Segundo informações de um representante dos usuários, conselheiro à época (C.12/1^a), o que aconteceu foi que houve um embate, na Câmara de Vereadores, entre os que queriam que o Conselho de Saúde fosse deliberativo e outros que queriam que fosse consultivo. Uma das formas de negociação, para que o Conselho fosse deliberativo, é que o artigo referente à homologação das decisões fosse modificado. De qualquer forma, a autonomia do Conselho como órgão deliberativo fica legalmente relativizada, na medida em que depende de que suas decisões sejam aprovadas pelo Prefeito.

Outro momento de embate, em que há manifestação de outros segmentos foi o da aprovação do 1º plano de saúde pelo COMUSA/Itajaí. De um lado, manifestações no sentido de aumentar o número de reuniões, esgotando as dúvidas e discussões e, de outro, a necessidade de agilização do processo. É bastante claro nos registros a impaciência do presidente do Conselho ao perceber que, na sua ausência, havia sido deliberado mais tempo do que o previsto para análise do referido plano, sugerindo, inclusive formação de equipe técnica, certamente para agilizar o processo.

A participação se faz mediante determinado tempo para tomada de decisões, necessária para que todos fiquem cientes e optem por uma ou outra proposta. Nas reuniões parece haver certa tensão entre o tempo necessário para eleger uma proposta e a "solicitada e constante" urgência (eficácia) para tomada de decisões, principalmente por parte do segmento governamental. Os paradoxos estão ali para mostrar esta tensão: é um "plano aberto" (hipercodificação ideológica, que pode significar que a qualquer momento possa ser alterado, por qualquer membro do Conselho) como disse um representante do governo, mas, contrariamente, o Conselho tem um tempo exíguo para compreendê-lo, formar e emitir opiniões e sugestões, o que significa que esta abertura pode ser bastante restrita. Considerando que eram as primeiras reuniões do Conselho imagine-se a dificuldades dos leigos e mesmo dos profissionais em analisar um plano de saúde para um município de quase 140.000 habitantes. O Conselho, segundo solicitação do presidente, deveria aprová-lo em duas reuniões.

Um representante dos profissionais de saúde, mediante a sugestão do presidente de que se formasse uma equipe técnica para análise mais acurada do plano, reagiu dizendo que *"somos trabalhadores e não temos tempo disponível para montar equipe de estudo, devendo a equipe técnica ficar à disposição dos conselheiros"*. Observo que o termo "trabalhadores" encontra-se aí hipercodificado podendo expressar a diferenciação que o representante queria fazer entre os conselheiros que representam o governo - "os outros" que

não pertencem a mesma categoria que "nós", os trabalhadores. Talvez, a utilização desse termo, no caso, tenha sido, mais do que tratar especificamente do problema da participação, a de obter um efeito tal que colocasse os conselheiros do segmento governamental distantes daquilo que os demais membros do Conselho podem e querem, como se estes últimos não fizessem realmente parte, como se não pertencessem ao Conselho. E parece ser com base neste argumento que o plenário acaba decidindo não apoiar a formação da equipe técnica.

Há outro ponto de vista a analisar: Considerando a importância do plano de saúde como ponto de partida para posteriores avaliações do Conselho em relação aos encaminhamentos dados às políticas de saúde para o Município; sendo o Conselho constituído de representantes dos diversos segmentos, porque formar ainda um "grupo que representa os representantes"? Não estaríamos mais uma vez, dentro do próprio Conselho, privilegiando decisões apenas de caráter técnico (a sugestão era de que fosse uma equipe de técnicos)? Ora, isso já aconteceria numa secretaria de saúde, independente da formação de Conselhos. Embora num planejamento perpassem, necessariamente, questões técnicas o Conselho tem a função de trazê-las mais próximas às necessidades de seus representados. Como fazê-lo, senão tomando conhecimento do que já haviam feito os técnicos e emitindo suas opiniões? O dilema de nossas democracias, entre a eficiência técnica e a participação aparece claramente neste momento. Mas, pela resistência dos conselheiros acaba sendo dado mais tempo para se decidir sobre o plano. Tempo que talvez não seja ideal, mas demonstra que existe um espaço de possibilidades de atuação na tensão, entre o que é técnico e o que é eficaz, dependendo do modo como estas questões são encaminhadas.

Observei esta mesma dificuldade em relação à abertura do planejamento de saúde do município ao Conselho, enquanto participante da 3ª gestão. Recordo-me da insistência, desde o começo da gestão em discutirmos o plano antes que ele fosse aprovado. Mesmo assim, houve dificuldade para que se destinasse um espaço de tempo para isto, pois havia sempre algo mais importante a fazer ou os dados coletados não eram suficientes para abrir a discussão. Conseguiu-se que um dos técnicos da Secretaria de Saúde apresentasse os dados epidemiológicos do município, mas a linguagem utilizada foi a mais técnica possível, tornando-se este mais um momento ritualístico, como foram outros tantos. Conseguiu-se, depois de um bom tempo, fazer com que a proposta chegasse às mãos dos conselheiros, com algum tempo de antecedência, mas a discussão resumiu-se a uma reunião, de modo que mais uma vez o planejamento, que poderia ser um parâmetro de avaliação em relação à política de saúde do

município, acaba sendo apenas como mais um item burocrático a ser cumprido, para que venham as verbas federais.

Por outro lado, vale registrar que, neste último momento, a resistência dos conselheiros à atitude do governo em não discutir o plano de saúde mostrou-se bastante frágil. Na verdade, poucos defendiam a importância de se estudar o planejamento e os demais mantinham-se numa posição de concordância, mas sem demonstrá-lo claramente. Portanto, se a representação governamental conseguiu, de certo modo, impor um ritmo lento para desmobilizar os conselheiros em torno desta questão, foi, também, pela pouca expressão que teve sua resistência, diferente do que ocorreu na 1ª gestão.

Outro momento que suscitou polêmica, na 1ª gestão, foi o da troca da secretária eleita pelo Conselho por uma indicada pela prefeitura. Mesmo que tenha havido a tentativa de substituí-la ou mesmo um silenciamento momentâneo dos conselheiros, o posicionamento rápido, por parte de alguns, garantiu que o regimento fosse cumprido, mantendo a secretária eleita. A argumentação, principalmente de um representante dos profissionais de saúde, foi a partir das regras regimentais aprovadas pelo próprio Conselho, nas quais estava explícito que a secretaria do Conselho era um cargo eletivo. Nesta mesma reunião questionou-se, ainda, a maneira informal com que se processou o convite para a reunião, a escolha da secretaria da saúde como local das reuniões, enfim, a tendência manifesta por parte do segmento governamental de "prefeiturizar" o Conselho. O Presidente do COMUSA/Itajaí, à época, se refere a aproximação entre Conselho e prefeitura como a questão da "umbigalidade", termo que parece ser ainda mais forte para representar esta questão, pois não se trata somente de trazer a prefeitura para o Conselho, mas de ser totalmente dependente e submetido a ela, se levarmos em conta a ligação entre a mãe e o feto através do cordão umbilical ou de centralidade da prefeitura em relação às secretarias se tomarmos anatomicamente o "umbigo" como centro do corpo. Mendes (1992), define a "prefeiturização" como uma gestão concentrada na Prefeitura Municipal e reprodutora das intermediações clientelístico-corporativas, isto é, uma distorção do sentido de descentralização/municipalização da saúde requerido pela Lei nº 8080/90.

A retirada da secretária eleita, substituindo-a por uma indicada pela Prefeitura/Prefeito, o convite informal para a reunião, a mudança de local das reuniões para a Secretaria da Saúde são expressões claras da tentativa governamental de que o Conselho fosse um espaço "prefeiturizado". A oposição do Conselho, à época foi bastante veemente. Isso,

talvez, tenha ocorrido pela força com que o poder tentou se impor, suscitando resistências maiores.

Todavia o que vamos perceber é que se sucedem tentativas de “prefeiturização”, porém de modo bem mais sutil, ao mesmo tempo em que as resistências passam a diminuir. Por exemplo, mais adiante, no final da 1ª gestão, o local de reuniões é fixado na Secretaria de Saúde, sem que haja nenhuma resistência manifesta. O Secretário, simplesmente, sugere a mudança dos locais de reunião (UR/I) e não há um comentário contrário e nem a favor. Há, ainda, as falas governamentais que vão aumentando, num *continuum*, da 1ª para a 2ª gestão; e as próprias falas do Presidente, que são mais numerosas na 2ª gestão. Fazendo uma pesquisa em todas as atas, observamos que o Presidente do Conselho, no início é denominado pela secretária, que faz as atas, de “presidente”, mas paulatinamente ela muda o tratamento para “secretário”; mudança que corre paralelamente ao aumento dos registros em que o “secretário” fala. Isto parece corroborar os outros dados em relação à essa sujeição do COMUSA/Itajaí à Secretaria de Saúde e conseqüentemente à Prefeitura (“prefeiturização”/“secretarização”).

Há vários entrevistados, que fazem menção à presença demasiada da Secretaria de Saúde no COMUSA/Itajaí e a essa “prefeiturização/secretarização, que se expressa de diversos modos:

Dois representantes dos usuários comentam:

1) “nós, ali, por exemplo, representando a (...) não podemos ir contra, entende? Recebemos verba do SUS através da Secretaria, então, não podemos nos queimar. E esse é o medo de muita gente. Tem gente sabe, mas fica meio assim... de botar pra fora... de que vá vir em prejuízo próprio.”(C.4/2ª)

2)“(...) o Conselho é a secretaria, bem dizer... Nós não temos um Conselho que é fora da Secretaria; porque a maioria dos representantes (...) é ligado à eles.”(C.6/2ª)

Um representante dos profissionais de saúde coloca o seguinte;

“o Conselho, hoje em dia, serve pra legitimar a ideologia do grupo da Secretaria”(C.16/1ª)

Um dos momentos em que acontece uma clara disputa de poder entre o segmento dos usuários e o dos representantes privados, mais especificamente os do Hospital, tendo o governo como intermediário, aparece, na 1ª gestão, a partir da denúncia de um conselheiro sobre o fato de que os dirigentes do Hospital haveriam diminuído os dias de visita aos doentes

de 7 para 4 dias e tempo de visitação de uma hora, para trinta minutos. A denúncia, feita por um representante dos profissionais de saúde, soma-se à entrega ao Conselho de um “*dossiê*” sobre as irregularidades do hospital (nas atas não se especifica quais), dentre as quais a proibição das visitas, nas 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras, o que considerava *medida discriminatória*, com os pacientes do SUS. Alegou, ainda, que o *Hospital era público e do povo* e precisava ser resgatado como tal (UR12/I)

A justificativa inicial da administração do Hospital para esta medida, foi que era preciso estabelecer normas numa *instituição que transitam 1000 pessoas por dia* (UR12/I). A *implantação de crachás* é outro motivo que aparece como explicação para esta decisão (UR/19/I)

É importante atentar aí para o uso da hipercodificação ideológica, com o uso das palavras *dossiê, medida discriminatória, hospital público e do povo*. Há muito que se falava na cidade sobre as irregularidades no atendimento por este hospital e já é, em si, discriminatório o fato de que nos quartos particulares os visitantes possam fazê-lo a qualquer hora e para os clientes do SUS a visita seja somente de uma hora diária. Mas, naquele momento estas palavras obtiveram um dado efeito e elas indicam, além disso, que a luta que se trava nesse momento não é somente pela causa que parece óbvia, a diminuição do horário de visitas, mas parece haver outra ordem de questões pelas quais é preciso resgatar o caráter público do hospital. Se é preciso resgatar é porque ele um dia foi de caráter público e agora não se encontra mais neste estado. E isto pode não ter a ver somente com a última medida imposta pelo hospital..

De fato, há registros de insatisfações da população em relação ao Hospital e em 1990 foi criada na Câmara de Vereadores de Itajaí uma comissão para levantar informações, em função de constantes denúncias de mau atendimento aos usuários do SUS. A partir do relatório da comissão foi instalada uma auditoria que atesta irregularidades de diversos tipos. (Prefeitura Municipal de Itajaí, 1992). Esta discussão, também, coincide com a época em que foi implantado pelo referido Hospital, um tipo de seguro-saúde, que segundo informações de uma conselheira, estaria relacionado com essa limitação das visitas para os clientes do SUS que, de certo modo, “forçaria” pessoas a se associarem, para terem outro tipo de tratamento.

Essa reivindicação de resgate ao caráter público do hospital volta a aparecer quando é trazido ao Conselho o tema da construção de um hospital-escola. Também, em uma fala do presidente, numa destas atas, de que o “*Hospital é uma causa política*”, denotam que

há algo mais que a reivindicação pela normalização das visitas. Uma “causa política” pode ter a conotação de que ali é necessária uma intervenção política, da vontade política, para que o hospital funcione, ou, ao contrário, que tem prevalecido um jogo político, em detrimento das necessidades da população em relação à instituição.

O uso destas hipercodificações, também, aparece nas justificativas para a redução do horário de visitas quando diz que é necessário o uso de normas, *numa instituição em que transitam 1000 pessoas/dia e a implantação dos crachás* que inviabilizariam a visita. Uma das formas de justificar a imposição de determinadas medidas é através do sistema burocrático – os meios justificam os fins. Ou seja, a manutenção da ordem que se constitui um meio acaba se tornando um fim, de modo que o objeto da ação da instituição, o cliente/família, deve adequar-se às normas para o bem da instituição. De fato são necessárias algumas normas, mas porque justamente esta que diminui o contato entre doente e seus familiares? Talvez pudessem restringir o número de pessoas por visita. Isto também poderia diminuir o trânsito de pessoas sem impedir que o doente recebesse visitas.

Parece que a insistência da instituição hospitalar em diminuir as visitas pode ter a ver, também, com a tentativa de diminuir o minguado diálogo que já existe entre as instituições de saúde e os usuários. Considerando que este diálogo, ao que parece, estava fadado a um confronto (as reclamações do Hospital eram quase que diárias na imprensa, à época), a forma encontrada foi silenciá-lo, em parte, diminuindo sua incômoda presença.

A medida pode ser consequência, ainda, dessa medicalização a que nos referimos neste estudo, no sentido de que para a cura não é considerada a necessidade da proximidade da família, mas somente a ciência médica e suas instituições tem esse poder sobre o estado de saúde do paciente. Nesse sentido a família é um atrapalho, um incômodo ao silêncio e as relações esterelizadas do hospital.

Outro indicativo importante, é que nas reuniões em que este assunto é mencionado segue-se a referência, nas atas, de que “houve discussão”, “houve polêmica” ou “houve manifestação da plenária” (UR 12/I, 13/I, 14/I, 15/I, 16/I, 18/I e 19/I), indicando que o assunto incomodava muito os presentes. Em nenhum momento esta polêmica fica claramente expressa e não é possível saber se houve alguma menção ao caráter de desumanização contido em tal medida. Mas, talvez, fosse esse um dos motivos da polêmica. Lembro-me que na ocasião ouvi comentários de pessoas que estavam bastante perplexas com a medida, no que ela continha de desumano.

Na UR 15/I o Conselho delibera, por votos da maioria, que o Hospital volte à visitação diária dos doentes, com duração de uma hora, o que é exarado em forma de portaria, que deverias entrar em vigor em 10/09/93. Mas tal portaria não entraria em vigor.

Na passagem do 2º para o 3º presidente/secretário (UR 18/I), após sete meses de interrupção das reuniões do COMUSA/Itajaí, volta-se a falar sobre o assunto, o que se estende por mais duas reuniões. O novo presidente propõe como 1º item de pauta a aprovação ou não pelo Conselho de um *“acordo feito entre o presidente/secretário anterior e a Direção do Hospital”*, expresso em ato numa reunião no Gabinete da Promotoria da 3ª Vara Civil, Infância e Juventude da Comarca de Itajaí, em que o Hospital estendia em meia hora a visita, mantendo-as em apenas 4 dias da semana, exceto na Unidade de Cuidados Intensivos e na Maternidade, cujas visitas poderiam ser diárias.

O presidente anterior, que faz este acordo enquanto secretário da saúde e sem o conhecimento do Conselho, era o mesmo que havia acatado a decisão do Conselho e, inclusive, pelo que consta na UR 15/I, assegura que faria com que se cumprisse a deliberação do Conselho. Esta atitude parece causar estranhamento aos conselheiros e um deles (representante dos usuários) solicita esclarecimentos de tal acordo. A resposta de um dos representantes do Hospital é que o Conselho quer impor o horário e não deseja fazer acordo nenhum. Novamente “há discussão” entre os presentes, entretanto são omitidas estas falas na ata. Supõe-se que o assunto causou polêmica. Feita uma sugestão de que se deixasse correr o processo na promotoria, por um dos conselheiros, coloca-se em votação a opinião dos conselheiros sobre o acordo. Fica decidido que os conselheiros não o aceitam, ficando o presidente/secretário incumbido de comunicar esta decisão por escrito ao Hospital.

A postura do 2º secretário parece denunciar a falta de compromisso para com as decisões que tomou juntamente com o Conselho. Denuncia, também, a dependência do Conselho das atitudes e posturas do Secretário da Saúde e seus superiores, de modo que seu poder de deliberação é diretamente proporcional à vontade política de que se cumpra e faça-se cumprir a lei. Talvez, esta não tenha sido a primeira e única vez, em que o Conselho se vê boicotado e desrespeitado por aquele mesmo que o criou – o governo. Mas, por todo o embate que houve em torno desta questão, a derrota do Conselho, que na verdade não se constituiu em derrota, pois o que houve foram mudanças nas regras do jogo, tornando impossível sua continuidade, creio que o aprendizado que resultou foi aquele de que não adianta resistir, “eles” possuem outras armas com as quais não podemos lutar. No modo como foi jogado o

jogo a tendência era de que naquele momento o Conselho vencesse, pois estrategicamente conseguiu resistir e colocar-se em condições iguais de luta. O desfecho, no entanto, não favoreceu esta tomada momentânea do poder, pelos demais segmentos e por trás dos bastidores são feitos acordos baseados em outras regras, com as quais ficava difícil manter-se no jogo. O Conselho é retirado do jogo, lhe é retirado o poder, assim fica fora da luta.

Segundo informações colhidas junto a um conselheiro, representante dos usuários, o que aconteceu, na prática, foi que o horário de visitas imposto pela administração do Hospital, foi modificado em função de uma “panfleteação” extra-Conselho, em frente ao nosocômio e do apoio de algumas rádios e jornais da cidade, mas sem que o COMUSA/Itajaí, tivesse liderado ou mesmo participado do mesmo.

Hoje, sabe-se que a visitação é diária e durante uma hora, mas em nenhuma ata do Conselho consta algo sobre como se deu a finalização deste assunto, em nível judicial ou prático, de modo que o que fica mais aparente é que a decisão do Conselho não foi respeitada.

Todo este embate acaba por trazer à baila, no Conselho, uma série de outras questões, como o índice de infecção do Hospital, o atendimento de clientes do SUS pelo serviço de fisioterapia, localizado no Hospital e uma grande discussão sobre a competência do Conselho em deliberar sobre a matéria das visitas, inclusive com consultas em outros fóruns. Creio ser este um fato importante, pois a partir da resistência, do uso de estratégias por alguns conselheiros, da *démarche* do jogo do poder, é que foi possível abrirem-se outros canais de comunicação que não estavam previstos. Isto fez com que mais informação circulasse, havendo, com isso ganhos paralelos, como por exemplo uma maior clareza do âmbito de ação do Conselho e pressão sobre o serviço de fisioterapia para que atendesse melhor.

Após o período da discussão do horário de visitas, que se deu entre a UR13/I e a UR19/I, não houve embates de maior importância. Existem pequenas manifestações individuais de resistência, mas que não modificam a passividade, que se instala no Conselho durante algum tempo, o que é quebrado novamente no final da 2ª gestão, quando começa a acontecer algo novo, no Conselho.

Isto se expressa mais claramente na 37ª UR. Esta reunião marca o retorno do presidente após uma viagem a Cuba. No início da reunião, o Presidente diz que tem a planilha de custos dos prestadores em mãos mas que *não a colocará à disposição dos conselheiros por “questões éticas”*. Neste momento a secretária identifica “polêmica” na plenária. Alguém se manifesta que não concorda com a colocação, dizendo *que “o Conselho é ético e seu papel*

é fiscalizar”. Mais adiante, na mesma reunião, um grupo de três conselheiros que haviam sido nomeados pelo Conselho para auditar as contas do Fundo Municipal de Saúde, falam sobre os resultados preliminares de sua observação, relatando algumas irregularidades encontradas, dentre elas a ida do Presidente a Cuba a trabalho, sem autorização do Conselho. O Presidente tenta se justificar, respondendo a cada uma das irregularidades constatadas e dizendo, finalmente, que ele mesmo *“se auto-auditora”*.

Há questionamentos em relação às justificativas apresentadas pelo Presidente (neste momento respondendo como Secretário) e, por fim, ele reclama que o Conselho o está *“encostando na parede”* e que espera que o *“Conselho seja ético e que as coisas não vazem”*. Alguém da Plenária diz que *“o Conselho é ético e que não abriria...”*.

Nestes dados emerge uma questão fundamental dentro da prática democrática que é a da publicidade/privatividade dos atos do Conselho. Isto se expressa quando o Presidente diz que se *“auto auditora”*, que espera que *“o Conselho seja ético e que as coisas não vazem”*.

Auto auditar-se é, em si mesmo um paradoxo, pois auditoria sempre pressupõe uma avaliação de outras pessoas, que não as que executam determinada tarefa, de modo que este ato pressupõe uma certa “publicidade”.

Entretanto, o Presidente não só se auto auditora, como solicita que as coisas não vazem, evocando para isto a *ética dos conselheiros*. Ética aí entendida como manutenção de segredo. Tal sentido é compartilhado pelos demais conselheiros, que acolhem a solicitação confirmando *que “as coisas” não serão levadas adiante*. Ora, se o Conselho é um espaço público, item assegurado pelo próprio regimento em sua seção II, parágrafo 5º, como omitir o que ali acontece pode ser considerado ético?

Mas há uma questão ainda mais presente, que inviabilizaria qualquer tentativa de esconder o que ali se passa: o fato do Conselho compor-se de representantes. Bobbio (1997) estabelece esse nexos entre o princípio da representação e o caráter público do poder. Representação é uma forma de representar, isto é, um modo de apresentar, de fazer presente, de tornar visível, o que de outra maneira restaria oculto. A representação, portanto, só pode ocorrer na esfera do público. Não parece estar muito claro para os conselheiros, que no Conselho estes representam um grupo, para o qual tem que obrigatoriamente prestar contas.

Da mesma forma, também, não há clareza do que seja ser ético num conselho. O conceito que ronda é parece ser aquele que se tornou senso comum, de que ser ético é igual a

manter segredo. Uma das explicações pode advir do fato de que o médico, o advogado, etc., devem manter sigilo em relação a determinadas questões pertinentes aos seus clientes, que vindo à público poderiam prejudicá-los, por exemplo, possuir o vírus HIV. Ao que parece este conceito de ética, foi transposto a toda e qualquer situação, que vindo a público pode causar escândalo.

Porém, aqui, a conotação de escândalo é bastante diferenciada. Para Bobbio (1997, p. 91) um escândalo, neste caso, “é o momento em que se torna público um ato ou uma série de atos, até então mantidos em segredo ou ocultos, na medida em que não podiam ser tornados públicos pois, caso o fossem, aquele ou aquela série de atos não poderiam ser concretizados”. Não é, pois, este o caso das irregularidades com as contas do Fundo Municipal de Saúde?

A forma com que todos os conselheiros reagiram diante desta situação, denuncia uma certa forma de pensar compartilhada por todos os conselheiros. Como os conselheiros encaram o espaço do conselho: como público ou como privado? Será que eles são, de fato, representantes?

Se considerarmos o que Arendt (1995) coloca como sendo espaço público – aquele em que não há violência, visto que as relações são simétricas e a alteridade é bem vinda e necessária para manutenção da democracia – , concluiríamos que o Conselho se constitui em um espaço violento, em que não somente há desiguais à priori, como, também, suas práticas acabam por reforçar essa desigualdade, como, por exemplo esta, da privatização de um espaço público e da negação do próprio princípio da democracia representativa.

Neste sentido a constatação de Pitta (1996), de que a pouca visibilidade pública das pautas e decisões dos conselhos acaba por impossibilitar que esse órgão seja, de fato, uma “caixa de ressonância” das demandas sociais fica carregada de realidade e o seu contrário desponta como solução, isto é, uma maior visibilidade do Conselho por uma parcela maior da sociedade poderia corroborar para o aumento da democracia no Conselho.

Na reunião seguinte, 38ª UR, o presidente não está na reunião e o vice-presidente assume. O clima continua tenso, como na reunião anterior. Neste momento, há uma série de questionamentos e uma reflexão do grupo de conselheiros sobre sua atuação. Isso se instala após um momento em que o Conselho, pela primeira vez resolve averiguar as contas apresentadas, encontrando ali as irregularidades, já mencionadas. Isto traz à tona uma série de “intensões” que merecem ser pontuadas. Muitas destas questões, inclusive, aparecem sob a

forma de hipercodificações ideológicas.

Primeiro, o vice-presidente diz que o Conselho não tem feito nada e que a aprovação dos balancetes tem sido feita na base do "voto de confiança", solicitado pelos vários presidentes do COMUSA/Itajaí, alegando urgência, por causa dos prazos solicitados pelo governo federal. A fala de um representante dos servidores do SUS expressa o conflito estabelecido entre governo e Conselho. Mostra-se indignado com o descaso da secretaria em relação ao Conselho e diz que há muito tempo uma "reunião de verdade" não acontecia, pois o secretário estaria sempre cercado de assessores que intimidavam os conselheiros. Diz que "*eles*" querem um Conselho formado por pessoas de sua confiança, que subestimam o Conselho. Por fim acrescenta que o Conselho deve se tornar mais ativo como no "*tempo do C.11/1^a*"³⁰ - que todos podemos "*ser um pouco C.11/1^a*" - e que não aprova determinados gastos do fundo municipal de saúde. Uma conselheira, representante dos serviços privados diz que "*o Conselho só existe pró-form*".

Estas queixas denotam que os conselheiros não conseguem expressar-se como desejariam, no Conselho. Note-se que a conselheira que disse que o Conselho só existe "pró-form" é a Chefe do maior hospital da cidade e que o médico que representa os Serviços Privados (mesmo Hospital) fazia parte da comissão de detectou as irregularidades. O Conselho se auto avalia como passivo diante de situações que seriam de sua competência decidir.

O termo "*reunião de verdade*", parece indicar que a presença do secretário não permite que o Conselho exerça as funções que lhe são inerentes; não é possível falar o que se pensa, o Conselho é subestimado, existindo somente como "fachada" para cumprir o que determina o governo federal.

A denúncia de que o "*Conselho só existe pró-form*" como que sintetiza, de certa forma, as falas desta reunião e os inúmeros não-ditos, de tantas outras reuniões, que se expressaram na maior parte das entrevistas, não somente nestas últimas, mas, também, nas citadas anteriormente, resultado de um estudo elaborado por mim, juntamente com 2 enfermeiros (Piccolo, Santos e Wendhausen, 1997). Entretanto, a reflexão do conselheiro propõe uma saída, que é a de que o Conselho seja "*um pouco C.11/1^a*", ou seja, se torne novamente ativo, questionador como o "C.11/1^a" e como acontecia no momento em que

³⁰ Este conselheiro, C.11/1^a participou na 1^a gestão, representando os servidores do SUS. Sua presença ativa no conselho é notória pois seu nome é o mais citado nas atas da 1^a gestão. Sua característica é a de questionar e argumentar em favor do que considera correto.

atuava no Conselho (1ª gestão).

É importante analisar como eram os tempos do “C.11/1a ”: Através da leitura das atas se constata que havia realmente mais questionamentos, mas, na verdade, eram praticamente dessa pessoa e de outro representante dos usuários, que era enfermeiro. Depois que deixou de participar do Conselho, este lugar de questionamentos e resistência se desfez no ar. Um dos pontos a analisar, era o lugar social ocupado por ele, que era médico, e o outro é sua participação em um partido considerado de esquerda. Aqui, novamente o “lugar de autoridade” que ocupava pode fazer com que os outros participantes, deixassem somente a ele este papel. Assim, não havia, também, entre os conselheiros que concordavam com seu posicionamento, um exercício efetivo da participação. Pode ter havido, também o que apontam os achados de Goudbout (1983) em sua pesquisa sobre a participação dos cidadãos nos Bairros desfavorecidos do Québec, isto é de que a esquerda acaba sendo tão antidemocrática quanto á direita, já que acaba por falar sozinha a verdade que defende, como se só ela estivesse sendo correta, só ela estivesse buscando a verdade. Segundo o que discorre o autor, embora a presença de militantes em grupos populares tenha reforçado o contra-poder dos grupos populares frente ao poder público, - na medida que são ligados institucionalmente ao governo (através de seus partidos) -, inversamente lhes impõem um dogmatismo estéril e são refratários ao estabelecimento de uma relação dinâmica com os cidadãos. Esse fenômeno acentua a dependência e a heteronomia desses organismos, frente a grupos estranhos ao meio. É o que pode ter acontecido no Conselho. Enquanto havia alguém que questionava (mas com competência) não houve participação de outras pessoas nos embates, principalmente dos usuários. Assim, na sua ausência não houve outros que assumissem este papel, ficando esvaziado um espaço de resistência já instalado.

IV- AS LIMITAÇÕES DO “CONTROLE SOCIAL”: PAUTAS PARA UM RECOMEÇO

“Mas se é contra o poder que se luta, então todos aqueles sobre quem o poder se exerce como abuso, todos aqueles que o reconhecem como intolerável, podem começar a luta onde se encontram e a partir de sua atividade (ou passividade) própria.” (Foucault, 1993)

Neste capítulo final sistematizo as práticas presentes no Conselho de Saúde estudado (COMUSA/Itajaí), reflito sobre as relações de poder ali encontradas e qual a possibilidade de exercê-las, tendo como perspectiva uma reflexão ética.

De fato, constatamos que o COMUSA/Itajaí é atravessado por poderes/saberes, localizados em diversos níveis, que estabelecem contornos, a partir dos quais se constroem os vários modos de participação possíveis, dentro deste contexto histórico e localizado do COMUSA/Itajaí. Neste sentido, considero, como já disse anteriormente, esta instância de participação como um dispositivo, que se utiliza de determinadas estratégias que lhe permitem manter, reforçar ou modificar determinados jogos de verdade, que por sua vez, mantêm, reforçam ou podem modificar determinadas formas de poder. Ao falar do poder, Foucault estabelece esta relação entre o seu exercício e a produção da verdade. Para ele “não há possibilidade de exercício de poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência”. (Foucault, 1993, p. 179).

No COMUSA/Itajaí, a relação dissimétrica entre os conselheiros usuários e os demais representantes (tanto na 1ª, como na 2ª gestão), é um dos aspectos que mais denuncia o uso de uma estratégia de silenciamento, através de discursos considerados “verdadeiros” ou “autorizados”, utilizada, principalmente pelo segmento governamental, que reforça seu poder. Ela pode estar ligada: 1- à situação sócio-econômica do conselheiro que, dependendo de sua inserção de classe, pode ter mais ou menos preparo escolar; 2- ao seu preparo profissional, que pode estar ou não ligado à área da saúde; 3- ao lugar de competência que os conselheiros ocupam, tanto na sociedade, como no aparelho burocrático do Estado.

Esta demarcação de lugares dos conselheiros, em determinados espaços de poder/saber expõe um jogo (uma rede) que coloca, principalmente a representação dos usuários, num lugar de silenciamento, no qual sua “verdade” nunca (ou quase nunca) pode ser pronunciada. Este silenciamento é possível graças ao uso de algumas estratégias que o dispositivo permite, que são a ritualização das reuniões, o uso do discurso competente da circunscrição de determinados sujeitos em espaços demarcados a partir dos quais já há, a priori, uma expectativa do que deve e pode ser dito.

Assim, embora tenha sido prevista em lei (Lei nº 8.142/90) a “participação da população” através da presença do usuário nos conselhos, traduzida por um quantitativo maior de seus representantes nessas instâncias, o que constatamos nas práticas do COMUSA/Itajaí é o uso de estratégias de saber/poder pelos segmentos governamental, privado (principalmente quando se trata dos médicos) e pelos representantes dos profissionais de saúde que representam os usuários, que ao impor um determinado “regime de verdade”, limitam sua participação. Isto se expressou nas práticas quando, ao analisarmos as atas, constatamos uma presença limitada de suas falas ou quando, nas raras vezes em que aconteciam, eram desconsideradas, de modo que acabavam tendo pouca ou nenhuma ressonância nos rumos tomados pelo Conselho. Esta situação agrava-se ainda mais, se lembrarmos que muitas vezes em que foram defendidas propostas que beneficiariam os usuários, como no caso típico da limitação das visitas no Hospital, quem o fazia eram profissionais de saúde, o que ficou mais presente na 1ª gestão.

Depreende-se daí que há uma tendência geral, no COMUSA/Itajaí de valorização apenas do “discurso competente” seja ele pronunciado pelos que detém a autoridade hierárquica ou pelos que detém um saber instituído, ainda que falem em nome do usuário. Aquilo que deveria ser espaço de diálogo, de relações simétricas, onde os saberes e as verdades poderiam circular e enunciar-se para serem discutidas, resulta, no entanto, em um espaço que reforça as diferenças. Assim, aqueles que se apresentam travestidos do poder e do conhecimento técnico, podem reproduzir as mesmas relações de mando e de obediência que existem nos serviços de saúde. Só que aqui, parece evidenciar-se uma certa atitude compassiva perante aqueles que desconhecem as necessidades técnicas ou administrativas, uma atitude que oscila entre o pedagógico e o impositivo.

O certo é que o segmento do Conselho que exerce este poder, não admitiria exercê-lo em seu próprio bem, mas sim para garantir o bem daqueles, que por ignorância,

desconhecem aquilo que “segundo acreditam” seria o melhor para eles.

Sobre este último aspecto, vale retomar aqui o tema da compaixão. Muitas vezes, é em nome desse sentimento de proteção sobre os “fracos” que nos colocamos à frente para dizer sua muda verdade, mediante o que corremos um risco, ainda maior, de torná-lo dependente. Caponi (1998), em sua análise da “Compaixão no poder médico-assistencial”, a entende como uma estratégia de poder, que originariamente e pela sua própria lógica, reproduz e afirma um tipo de racionalidade fundada em distinções subordinantes, que, em última análise, excluem a existência de vínculos entre iguais. É a ilusão, baseada no suposto engrandecimento “moral” de si, que nos impede de pensar que, talvez, nosso gesto de compaixão não seja desejado ou que possa ter conseqüências negativas para o “beneficiário”, ou que possa promover estados de dependência ou submissão.

Creio que no caso do Consellho esta reflexão é pertinente, principalmente para aqueles que desejam vê-lo como um espaço de diálogo entre iguais. Foucault (1993) aborda com propriedade, essa tendência dos intelectuais de se colocarem no lugar de quem diz a verdade àqueles que ainda não a veêm, e em nome daqueles que não podem dizê-la. Para ele, porém, há muito não se pede mais ao intelectual este papel. Um novo modo de “ligação entre teoria e prática” foi estabelecido a partir do momento em que ele começa a atuar em setores determinados, em pontos precisos, seja suas condições de trabalho, seja suas condições de vida, a partir do que ganha uma consciência concreta e imediata das lutas, nas quais, encontravam com freqüência o mesmo adversário do proletariado ou das massas. Este, que Foucault chama de intelectual “específico”, entende que as massas não necessitam dele para saber e sabem dizê-lo muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber, do qual fazem parte esses mesmos intelectuais.

O intelectual pode, então, ter um papel junto às massas, que não é mais o de se colocar “um pouco a frente ou um pouco de lado” para dizer a verdade, antes porém, o de lutar contra as formas de poder (Foucault, 1993), lutar contra a racionalidade que cala determinadas verdades, para que se enunciem outras, cujo efeito é perpetuar as relações dissimétricas.

A conseqüência da dissimetria, encontrada em Itajaí é uma concentração maciça do discurso governamental no Conselho, o que é confirmado pelo número e pela qualidade de falas nas atas e por alguns entrevistados dos outros segmentos, que reclamam da forte influência da Secretaria de Saúde ou da Prefeitura no COMUSA/Itajaí. Nas atas, esta

concentração do discurso governamental aparece com mais força na 2ª gestão, principalmente na pessoa dos presidentes que passaram pelo Conselho, o que parece denotar que existe certa relação entre a postura do Secretário da Saúde/Presidente e as possibilidades de participação neste órgão.

A manutenção deste lugar privilegiado de comunicação pelo segmento governamental, é garantido pelo preenchimento constante dos espaços de fala no Conselho, onde, na maior parte das vezes, discorria sobre seus feitos e futuros projetos, enquanto desconsiderava a maioria das críticas vindas dos diversos segmentos, utilizando, invariavelmente, uma linguagem que privilegiava o jargão técnico-administrativo, inacessível a uma boa parte dos conselheiros. Parecia haver um “projeto de convencimento” sobre o Conselho, de que “a Secretaria (de Saúde) sabe o que é melhor para todos e o faz muito bem”. Isto se completava pelo fato dos Presidentes do Conselho acumularem ao mesmo tempo o cargo de Secretários da Saúde, papéis que pareciam se confundir a todo o momento, e dificultavam, ainda mais, o diálogo do governo com os conselheiros, principalmente os usuários, considerando as dissimetrias já apontadas.

O uso freqüente do jargão técnico administrativo, que em nosso estudo classificamos como um tipo de hipercodificação ideológica, impede que importantes informações sejam compreendidas por todos, que sejam feitos questionamentos e a discussão seja aberta. Pelo silenciamento que provoca, deixa, principalmente ao segmento dos usuários, pouca possibilidade de participar, colocando sua opinião e posição a respeito de assuntos, que têm a ver diretamente com a prática cotidiana da assistência que recebem. Completam este caráter monológico do COMUSA/Itajaí, o aspecto ritualístico das reuniões, a que já nos referimos e a descontinuidade das mesmas, constatada em vários momentos durante as duas gestões.

Do que colocamos até agora, pode-se constatar, de modo geral, o caráter monológico presente nas relações do COMUSA/Itajaí. O fato de encontrarmos resistências, principalmente manifestadas pelo segmento dos usuários e dos profissionais de saúde, expressa, de certo modo, como se dão as relações de força entre os quatro segmentos. Quero dizer que, a partir da análise das atas e de nossa própria observação durante as reuniões, parece haver por parte do segmento governamental uma tentativa mais forte de exercer o poder sobre os dois segmentos que expressam maior resistência, que são o dos usuários e dos profissionais. O dos representantes de serviços privados, além de ter um espaço maior de fala

que os outros dois, resiste menos, o que, na minha percepção, pode estar relacionado ao fato de que possui outras formas de negociação e espaços de pressão, que não se localizam exatamente num espaço público, como é o caso do Conselho.

É importante salientar, também, que há diferenças qualitativas entre as duas gestões e seus presidentes(4), no sentido de que este caráter monológico pode se apresentar mais ou menos intensificado. Por exemplo, na 1ª gestão, com o 1º Presidente pudemos observar um maior envolvimento dos conselheiros, pois houve várias reuniões extraordinárias, maior pressão quanto a discussão do planejamento da saúde do município e um maior número de resistências expressas nas discussões quanto ao regimento do Conselho e à limitação das visitas no Hospital.

Vale lembrar que este o período da implantação do COMUSA/Itajaí – 1991/1992, corresponde ao momento em que o Brasil havia eleito seu primeiro presidente - Fernando Collor - depois da ditadura e começava a ser denunciado o esquema de corrupção em que ele estava envolvido. Em meio ao fervilhar do movimento pró-impeachment de Collor, acontece a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que já havia sido adiada várias vezes, reafirmando os ideais de democratização presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pensamos que todo este clima de excitação em torno do impeachment, com participação ampla dos movimentos sociais, teve influência marcante na área da saúde, o que já vinha ocorrendo desde o final dos anos 80 com o final da ditadura militar.

Havia, portanto uma forte mobilização social em nível nacional, em torno da saúde, o que se expressou na grande participação da 8ª e 9ª Conferências de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e no processo constituinte em 1988. Em Itajaí, houve uma diferença significativa no número de participantes da 9ª Conferência – Etapa Municipal (agosto de 1991), cuja participação foi expressiva, em torno de 200 pessoas e na 10ª (junho de 1996), cuja participação foi fraca, em torno de 50 pessoas, o que denota a expressividade da mobilização social em torno da saúde àquela época. Parece que a partir daí, há mesmo um declínio dos movimentos sociais, o que é referendado por Gerschman (1995), cujo resultado é a pouca mobilização que vimos presenciando desde o início dos anos 90, o que atinge todo o setor popular.

Creio que este é um dos aspectos que tiveram e têm uma influência importante na dinâmica do COMUSA/Itajaí, pois, como pudemos constatar o Conselho pareceu mais ativo no início, principalmente em relação à representação popular, o que com o passar do tempo vai

esmaecendo, paralelamente ao crescimento da participação do segmento governamental no Conselho. No final da 2ª gestão, os conselheiros fazem uma avaliação em relação à fragilidade de sua participação, durante o período anterior e tentam retomar real função deliberativa. Retomaremos, ainda, essa questão da influência da mobilização social e seu papel no COMUSA/Itajaí, quando abordarmos as resistências.

Gostaríamos de refletir um pouco mais sobre a constatação dessa falta de diálogo no COMUSA/Itajaí. Proponho que discutamos a questão sob três pontos de vista.

Trata-se, primeiro, de analisar esta questão a partir da relação entre o poder e a verdade, apontada por Foucault em vários de seus escritos. Para o autor (1987), o que interessa é saber como os jogos de verdade podem colocar-se em marcha e estar ligados a relações de poder. Então, no interior de uma determinada forma de conhecimento, o sujeito ele mesmo constituído pelo que o atravessa, o modela, mas que ao mesmo tempo só pode circular através dele, se constitui em louco ou são, delinqüente ou não, através de um determinado número de práticas que são, ao mesmo tempo, jogos de verdade e práticas de poder. Em suma, a relação saber/poder produz subjetividade. A verdade é produzida graças a uma série de coerções que produzem efeitos regulamentados de poder (Foucault, 1993).

Através da análise das atas, das entrevistas e de minha própria participação no COMUSA/Itajaí, visualiza-se, com clareza, que, através de um determinado saber e dos postos que ocupam aqueles que estão autorizados a dizer-lo, se podem exercer determinados poderes sobre as ações de outrem. Em nosso caso específico, este “governo” tem sido exercido hegemonicamente pelo segmento governamental que detém (e retém) determinados saberes, de modo que outros segmentos, principalmente o dos usuários, ficam impossibilitados de exercer, de fato, o poder ou a resistência, que teriam de direito, isto é discutir e deliberar sobre a saúde do Município de Itajaí. Daí decorre, também um reforço da subjetividade heterônoma, que torna os indivíduos cada vez mais dependentes e passivos, ainda em instituições que foram criadas para garantir a equidade e a participação.

Entretanto, é a partir mesmo dessa “vontade de verdade” que se nos impõe, enquanto sujeitos da modernidade, que Foucault (1987,) vislumbra a saída contra os efeitos da dominação, ligados a estrutura da verdade ou a instituições encarregadas da verdade. Ninguém até agora mostrou que se possa definir uma estratégia exterior a tudo isto, ou seja, uma estratégia de resistência que esteja fora da produção da verdade. Assim, “se escapa (...) de uma dominação da verdade, não jogando um jogo totalmente estranho ao jogo da verdade, mas

jogando-o de outra forma, ou jogando outro jogo, outra partida, outras bases no jogo da verdade”. (Foucault, op. cit., p. 132)

Depreende-se daí que uma das formas de contrapor-se ao que vem ocorrendo no COMUSA/Itajaí, é esta busca da “verdade”, ou de outras verdades, além daquelas oficialmente permitidas e transmitidas; através da obtenção de um maior número possível de informações, acerca das temáticas que perpassam o Conselho ou em sua relação com outras instituições.

Em nosso caso específico, há que se fazer com que a informação desça. Não só aquela que interessa ao segmento governamental, mas essa acrescida daquelas que interessam aos demais segmentos; e, também, que seja comunicada em linguagem acessível a todos. Lembro-me que em 98 houve muita reclamação dos conselheiros em relação à prestação de contas, que vinha descrita em linguagem técnica, tornando-se difícil sua apreciação pelos conselheiros. Na última reunião deste ano, a descrição do “balancete” já estava em linguagem bem mais acessível, segundo um representante dos usuários, que manifestou seu agrado ao avaliá-las. Se interessa ao segmento governamental que as contas sejam aprovadas e disso depende a aprovação e liberação pelo governo federal de outros itens, o Conselho pode utilizar-se desta prerrogativa, para que este processo seja o mais transparente possível, exigindo o acesso a toda a informação possível para que se delibere com mais segurança.

O segundo aspecto a ser analisado, de certa forma, vem a aprofundar um pouco mais esse primeiro. Trata-se da diferenciação feita por Foucault, (1995b) sobre as relações de comunicação e relações de poder e capacidades objetivas³¹. Embora nos três casos se exerça um tipo de poder e estes âmbitos estejam todo o tempo imbricados, ele os diferencia, e demonstra que sua relação não é uniforme nem constante. Deste modo, considerando o Conselho como uma instância onde se exercem poderes, observo este exercício ligado, tanto as relações de comunicação, como às capacidades objetivas, as quais são pouco utilizadas e exploradas principalmente pelo segmento dos usuários. Isto se deve, em parte, a causas estruturais, como o baixo grau de escolaridade, e em parte pela falta de instrumentação, capacitação, para exercerem a função de conselheiros, o que acaba acarretando um vazio,

³¹ *As relações de comunicação transmitem uma informação através de uma língua, de um sistema de signos ou de qualquer outro meio simbólico; relações de poder são relações entre indivíduos ou grupo, poder que alguns exercem sobre outros, conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras e capacidades objetivas se refere ao “poder” que exercemos sobre as coisas e que dá a capacidade de modificá-las, utiliza-las, consumi-las ou destruí-las, são aptidões inscritas no corpo ou mediatizadas por dispositivos instrumentais. (Foucault, 1995b)*

ainda maior, na comunicação destes para com os demais segmentos. De qualquer forma, principalmente as relações de comunicação no COMUSA/Itajaí estão, de tal forma ajustadas e encadeadas a este caráter monológico do Conselho, que seu funcionamento acaba por tornar ainda mais fixadas as relações de poder, como vimos analisando.

Acreditamos pois, que para que o poder circule, faz-se necessário um trabalho conjunto com os conselheiros tanto no sentido de instrumentalizarem-se para esta atuação específica, que são os conselhos na área da saúde, como também de lutar para que a comunicação se dê modo tal que possa circular o mais possível e exista em quantidade e qualidade adequada, tanto para os conselheiros como para as comunidades em geral.

Creio que os profissionais de saúde podem ter aí um papel fundamental, estimulando e colaborando diretamente neste processo, seja em sua prática cotidiana junto à população e líderes comunitários, seja atuando diretamente em fóruns específicos, como é o caso das associações de moradores e do próprio Conselho Municipal de Saúde. A propósito, no final de 1998, estivemos reunidos, por três vezes, com líderes comunitários que pertencem à UNAMI, com o propósito de desenvolver um trabalho de formação para conselheiros, no futuro. Num primeiro momento tentamos investigar qual era conhecimento que possuíam acerca dos conselhos e o que pensavam a respeito da participação em saúde.

Interessa-nos destacar deste evento, a constatação de grande número de líderes de associações de bairro que desconheciam quase que totalmente o Conselho e seu papel e do interesse demonstrado pela maioria em obter mais informação sobre as questões relativas à saúde, constatado não só nos pedidos de continuidade do trabalho, como também da presença nas reuniões que passou de 12 componentes na primeira para 26 e 27 pessoas, na segunda e terceira reuniões respectivamente. Isto demonstra a pouca visibilidade que tem tido o COMUSA/Itajaí e a necessidade de que as informações circulem, não só no Conselho, entre os representantes, mas, também, entre os representados.

Em terceiro lugar, cabe assinalar, que o tipo de relações que se estabeleceram no COMUSA/Itajaí, praticamente não tem permitido a existência do diálogo, aspecto fundamental, que nasce com a idéia mesma dos conselhos, concebido como um órgão público que representa o conjunto dos setores sociais, que prestam e recebem ações de saúde. As práticas anteriormente analisadas levam a crer que, embora a criação dos conselhos atenda as reivindicações de um setor que acreditava que seu funcionamento viesse a alterar a centralização das decisões na área da saúde, levando a um controle público do setor saúde, o

que acaba acontecendo é que este instrumento tende a se converter em mais um requisito burocrático a ser preenchido, para que o Ministério da Saúde envie as verbas para a saúde do município ou lhe conceda um tipo de “gestão” mais avançada. Isto fica patente no COMUSA/Itajaí ao constatarmos que na segunda gestão um grande número de discussões e decisões, são relativas à prestação de contas serem ou não aprovadas.

Assim o diálogo, que poderia ser a chave, para uma real democratização das instituições de saúde, acaba sendo, no próprio local destinado a isto, apenas um acessório, um “detalhe”, que só poderia interessar, na medida em que coloca em risco determinados benefícios. De fato, as práticas do COMUSA/Itajaí nos fazem crer que o diálogo é incipiente, por vezes nulo, ao longo da duas gestões. Também para a maior parte dos entrevistados(5), nas duas gestões examinadas (alguns se referem inclusive ao momento atual), o Conselho não funciona como caixa de ressonância das necessidades de seus representados, à exceção dos representantes do governo, que não tem esta reclamação, embora percebam que o Conselho não tem a força de decisão que a Lei lhe atribuiu. Alguns entrevistados são categóricos ao considerá-lo como sendo apenas “de fachada”.

A sonogação e a manipulação das informações, a desconsideração ao papel decisório do Conselho em questões de sua competência, como a avaliação da abertura de serviços de saúde, a participação efetiva no planejamento da saúde do município, a realização de acordos “secretos” como foi o caso do feito com o secretário da saúde à época da diminuição do horário de visitas no Hospital, colocando em xeque decisões que já haviam sido aprovadas pelo Conselho, a desconsideração sistemática das falas dos representantes usuários, são alguns exemplos de atitudes que indicam a falta de diálogo entre os diversos segmentos do COMUSA/Itajaí.

Ao tomarmos o estudo de Caponi (1996) sobre “La ciência y la condición humana” percebemos a importância que tinha o diálogo para os gregos, constituindo-se, mesmo, naquilo que consideram o âmbito “do propriamente humano”, já que não está sujeito aos ditames das necessidades – para eles, âmbito da violência. O diálogo pertence à esfera pública, que consideravam a esfera da liberdade, pois estava cunhada pela palavra, pelo diálogo entre iguais, o que nem sempre significava harmônica convivência, mas exclusão de formas pré-políticas e mudas de violência. Era neste âmbito, que os indivíduos podiam constituir-se a si mesmos e ser ao mesmo tempo, testemunhas e inquisidores, estar ali para ver e contar, mas também para interrogar e julgar.

O diálogo, considerado como um jogo, pressupõe a igualdade de pares que julguem, dentre as possibilidades de ação propostas pelo outro e quiçá, ao revés, contrapropõem outras tantas possibilidades. Pressupõe seres humanos iguais, mas que podem possuir pontos de vista diferentes, pois somente através do confronto de posições, de pontos de vista diversos, é que podem surgir opiniões verdadeiras (Caponi, 1996).

Transportando estas reflexões para o espaço do COMUSA/Itajaí, constatamos que há um longo caminho a ser percorrido para que transformemos as atuais relações de assimétricas em simétricas e os monólogos em diálogos, pois as práticas tendem a perpetuar o estado atual. Dentro de um dispositivo que se pretende “democrático” convivemos com práticas autoritárias, que minam a possibilidade de instauração de um verdadeiro diálogo entre população e prestadores de serviço.

Estes pontos de reflexão impõe-nos uma retomada da ética. Ética que nos faz resgatar essas situações cotidianas, aparentemente banais, como a da falta de diálogo no COMUSA/Itajaí, mas em cujo espaço vão se repetindo pequenas violências, que apequenam cada vez mais o que temos de humano, impondo um “ethos” que nos faz apenas comportar-nos, que nos condena à massificação, que nos retira o agir, que é propriamente o que nos diferencia como humanos. Em sua “análise sobre a dimensão ética da saúde pública”, Garrafa (1995), citando Berlinguer, chama a atenção para a ampliação do paradigma bioético, que anteriormente tratava apenas das situações limites (aborto, eutanásia, etc), trazendo-o para as situações cotidianas (bioética cotidiana), dentre as quais aponta a a equidade, a justiça, a cidadania, a qualidade e excelência, a participação, etc. O que vamos encontrar cotidianamente, na área da assistência à saúde, é a ausência destes elementos, o que leva a uma banalização e naturalização de situações em que os direitos humanos não são respeitados e, portanto, situações em que a violência está presente. Chauí, em artigo recente (1999), escrito para a Folha de São Paulo, diz que a violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos e inertes ou passivos.

A ética, pensada como uma atividade de reflexão, que permite ao indivíduo pensar-se enquanto sujeito de sua própria ação, pode ser uma das alternativas para alterar este estado. Uma ética que busca a “verdade” (o conhecimento) tendo como referência o outro, seja através do diálogo literal que estabeleço com ele, seja no diálogo silencioso comigo mesmo, quando recorro aos “outros” que carrego dentro de mim, para construir novos saberes. Para

Chauí (op. cit.) ação só se torna ética na medida em que realizar a natureza racional, livre e responsável do sujeito e se este respeitar a racionalidade, liberdade e responsabilidade de outros agentes.

O que temos presenciado, a partir de nossos achados, parece fazer-nos crer que no COMUSA/Itajaí, não se estabelece, como requereria, uma relação ética, em que os partícipes, desde o princípio são considerados iguais, de modo que as jogadas são permitidas a todos. Ao contrário, o usuário entra num jogo no qual já estão determinados todos os papéis e as jogadas permitidas, sem que sejam explicitadas as regras do jogo e sem que possa ele mesmo (pela falta de instrumentos), propor “novas regras” ou “jogar outro jogo”. Assim, vencerá quem está predeterminado a ser o vencedor. O que constatamos, a partir dos silenciamentos e da demarcação dos espaços de fala, é que parece haver muitos investimentos visando a fixação dos usuários na mesma posição que sempre estiveram, ou seja, a de expectadores, que, ao final, devem concordar e legitimar as práticas que lhe são impostas, como verdades. Este tipo de correlações de força, devido a sua desigualdade, induz a estados de poder, estados que podem se tornar contínuos, mas que são, porém, sempre localizados e instáveis.

O abuso da autoridade, o uso indevido do poder, concretizado nas relações autoritárias que acabaram se estabelecendo, e que tem por base a dissimetria referida acima, se concretiza principalmente sobre os usuários e caracterizam relações que tendem a dominação, estado em que a ética não está presente. Vemos aí a importância de inserir uma perspectiva ética, seja como baliza que permite avaliar como vem se dando o governo entre os diversos segmentos no COMUSA/Itajaí, seja no sentido de buscar-la como possibilidade de liberdade que permitiria mobilizar estas relações de poder que tendem a fixar-se cada vez mais.

Desta forma, faz-se necessário problematizar na relação entre conselheiros, o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos morais de suas ações. O papel da ética seria, justamente, o de colocar limites nas relações de poder de modo que não se tornem fixas. Mas estes limites não sobrecaem somente no outro que exerce o poder, mas servem de baliza para minha própria ação, de modo que exerça o poder da maneira mais transitiva possível, com um mínimo de dominação sobre as ações do outro.

E é, a partir mesmo desse conceito foucaultiano de relações de poder, que tem como condição para o seu exercício a liberdade (ainda que relativa) do outro, que podemos pensar na existência de resistências no COMUSA/Itajaí. “Se é verdade que no centro das relações de poder e como condição permanente de sua existência, há uma insubmissão e

liberdades essencialmente renitentes, não há relação de poder sem resistência (...); toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta (...)" (Foucault, 1995b, p. 248). Estas resistências se expressam como tentativas, como estratégias, para reverter o poder.

Foucault (1995b) descreve três designações correntes para o termo estratégia. A primeira no sentido de meios empregados para atingir um fim; a segunda como maneira pela qual tentamos ter vantagem sobre o outro, imaginando previamente sua ação e a terceira, como o conjunto de procedimentos utilizados no confronto para privar o adversário dos seus meios de combate e induzi-lo a renunciar à luta – meios destinados a obter a vitória. Nas relações de poder vamos nos defrontar com estas três variações, mas a terceira é a mais importante, pois uma relação de confronto, encontra seu termo quando o jogo das reações antagônicas é substituído por mecanismos estáveis, pelos quais um entre eles pode conduzir de maneira constante a conduta dos outros. Então, é principalmente nas relações de confronto que Foucault vê a possibilidade de resistência: “toda estratégia de confronto sonha em tornar-se relação de poder; e toda relação de poder inclina-se, tanto a seguir sua própria linha de desenvolvimento quanto ao se deparar com resistências frontais, a tornar-se estratégia vencedora”(Foucault, op. cit., p. 248).

Na análise da resistência por nós efetuada, procuramos destacar mais os “momentos de confronto” no Conselho, em que o poder, ao se exercer, encontrava esses pontos de insubmissão, que em determinado momento encontraram seu termo. No COMUSA/Itajaí estas resistências são originárias, principalmente do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde. Caracterizam-se mais como reação às estratégias do segmento governamental ou do privado (mais raramente) cujo objetivo parecia ser o de manter sua hegemonia sobre as ações dos conselheiros. Avalio estas resistências como reativas, porque dificilmente o segmento dos usuários e/ou dos profissionais propunham algo (talvez não pudessem); sua atuação se caracteriza mais por denunciar o que não consideram correto. Eram, em geral, resistências pontuais e desarticuladas, à excessão do embate em relação às visitas do Hospital e o momento da rejeição das contas no final da 2ª gestão, em que parece ter havido uma maior mobilização de um maior número de conselheiros em torno da questão e também um curso de ação que denotava certa organização (de argumentos e ações) para “vencer a luta”.

Importante avaliar, também, a intensidade destas resistências nas duas gestões. O

início da 1ª gestão parece ter sido um momento em que o uso de estratégias de confronto foi mais presente. Esta constatação vem a partir dos dados das atas e da referência dos entrevistados a este momento inicial mais combativo, em que havia uma disputa maior, pelo poder. De fato, nas atas deste período, se constatou mais equidade entre as falas do governo e a dos demais segmentos e, principalmente, menos falas do presidente do Conselho. Isto pode ser atribuído a presença de pessoas mais combativas e, também, ao momento político propício à liberdade de divergir (impeachment, 9ª Conferência, etc.), aliado ao fato de estar-se no momento inaugural do Conselho, o que por si mesmo, instala um clima de maior entusiasmo.

A partir do 2º presidente já se percebe uma tentativa do governo de silenciar os conselheiros – é o período em que há mais interrupção entre as reuniões, o local das reuniões que era diversificado, passa a ser a Secretaria de Saúde, há tentativas de burlar o regimento pelo Presidente, etc. Na passagem do 2º para o 3º presidente acontecem os embates em relação as visitas do Hospital, que se finaliza com um acordo a portas fechadas, sem a ciência do Conselho, que acaba por acolher a imposição do Hospital de reduzir os horários de visita, contrariando a decisão aprovada no Conselho de não modificar estes horários.

Ao final da 2ª gestão (4º presidente) há uma mobilização dos conselheiros em torno da prestação de contas, que entenderam estar irregulares. A partir desta constatação, o Conselho se auto-avalia como passivo e decide, a despeito dos pedidos de “voto de confiança” e de que o município poderia “perder as verbas”, rejeitar as prestação de contas, feita pelo Fundo Municipal de Saúde.

Diante das práticas de resistência encontradas no COMUSA/Itajaí, é importante que nos detenhamos em algumas questões. Creio que nesta altura do estudo podemos perceber com mais clareza quais seriam os fatores que potencializam ou, ao contrário limitam o uso de estratégias de confronto, neste espaço. Mesmo correndo o risco de nos tornarmos repetitivos, creio ser importante, neste momento, retomar o que até agora descrevemos, relacionando-o a essa possibilidade do exercício da resistência (ou do poder) no Conselho pelo segmento dos usuários e o dos profissionais de saúde.

Um destes pontos de inflexão a que nos referimos é a presença de conselheiros que pertenciam a um partido de esquerda, no período inicial do Conselho. Sem dúvida, a partir das atas é inequívoca sua participação e o uso de estratégias que beneficiam estas resistências. A questão, que já foi por nós levantada anteriormente é que suas práticas acabam se tornando autoritárias, na medida em que tomam a palavra e falam pelo usuário, que no final continua na

mesma posição e acaba por exercitar o poder de modo insuficiente. A consequência é que a ausência destas pessoas, que questionavam muito na primeira gestão, deixou um espaço vazio que não foi preenchido. Ou seja, falar pelo usuário não o ajuda a educar-se para lidar com a correlação de forças que tem que enfrentar, para resistir ao poder.

Outro ponto de inflexão, que tem relação com a possibilidade de resistência e que precisa ser discutido, emerge de minha percepção enquanto conselheira e das leituras que fiz, tanto sobre a experiência brasileira em relação aos movimentos sociais, como da experiência de Goudbout (1983) no Québec. Ela se refere à questão da representação, tanto no sentido da responsabilidade dos representantes para com os representados e vice-versa, como no sentido da necessária mobilização potencial para manter acesa a chama da representação no representante.

Ao falarmos sobre as possibilidades da democracia hoje, questionamos a partir de Bobbio (1997) como a representação vem se dando em nossas democracias, ou seja, constata-se que a relação entre representante e representado tem sido muito tênue, de modo que as representações na maior parte dos casos não têm sido orgânicas. Esta falta de organicidade por sua vez, parece relacionar-se, de certo modo, com a pouca mobilização que temos presenciado em nossa sociedade nestes últimos anos – o declínio dos movimentos sociais apontados por Gerschman (1995). Tanto Goudbout (1983), quanto Jacobi (1989), fazem uma relação entre o exercício do poder por determinados grupos e o grau de mobilização que possuem, mostrando que o fenômeno participativo também depende daqueles que elegeram seus representantes. Da mesma forma, Cortes (1998) ao analisar a participação específica dos conselhos de saúde de alguns municípios brasileiros, coloca como fator determinante para a participação dos usuários, a organização dos movimentos popular e sindical na cidade. Considera este fator, juntamente com as mudanças da estrutura institucional no sistema de saúde, como o mais importante para a efetivação da participação. Na sua opinião, há certos casos de resistência das autoridades municipais, em relação à participação dos usuários, que pode ser quebrada em função da pressão dos usuários.

Diante destas constatações, penso que é preciso retomar e atentar para a importância da participação em todos os níveis do sistema de saúde, não somente em nível coletivo e em instâncias representativas, mas de forma mais direta nos serviços e nas comunidades. Neste sentido, faz-se necessária uma mudança de atitude daqueles que trabalham nestes serviços, estimulando o usuário a conhecer mais sobre a temática da saúde

relacionando-a a seus direitos, seja a partir de sua própria experiência enquanto cliente que necessita assistência ou informações, seja em órgãos comunitários onde são tratados problemas mais gerais e a participação pode ser mais direta.

Há questionamentos de alguns autores, dentre eles Gerschman, (1995) e Campos (1988), em relação à precocidade da instituição da participação pelos reformistas, que ao invés de ser um movimento ascendente acabou se dando, em muitos locais, de cima para baixo e acabou atropelando o processo, que havia começado, em alguns locais, de baixo para cima com os movimentos sociais. Penso que esta é uma das limitações da instituição da participação no Brasil. Penso, também, que não será fácil resolver esta questão da necessária mobilização social que deve existir extra-Conselho, inclusive, expondo-nos ao risco de que a participação nos conselhos acabe se tornando um ritual vazio.

Debruçarmo-nos sobre a prática para refleti-la, é uma das saídas para que percebamos suas limitações e possibilidades e possamos criar caminhos para contorná-las ou potencializá-las. As resistências, presentes no COMUSA/Itajaí estão aí para nos dizer que há brechas no sistema de poder, mas é preciso fortalecê-las, descobrir estratégias, criar táticas, a partir mesmo de onde provêm, dos usuários e profissionais de saúde.

Aprender a articular as estratégias discursivas (dialógicas) com as estratégias de poder, provocar o diálogo, utilizar o diálogo estrategicamente, são práticas que ainda estão para serem criadas no COMUSA/Itajaí. Pertencendo ao âmbito público no sentido arendtiano, daquilo que pode ser visto e ouvido por todos, é o diálogo a única possibilidade de convivemos democrática e eticamente, pois o dissenso, que é consequência do diálogo, é condição *sine qua non* do jogo democrático. Vale lembrar, que ali onde se silencia o diálogo, se abre a porta ao exercício da violência e da dominação. Poderíamos antever que as estratégias de poder e resistência estão atravessadas pelo discurso, pelo diálogo, enquanto que as relações de dominação supõem o silêncio, a aceitação, o mando e a obediência.

Nesta perspectiva, é também através do diálogo e só neste âmbito, que o que é público pode ser apropriado pelo público e portanto tornar-se ético. No caso do COMUSA/Itajaí parece não haver, por parte dos conselheiros, uma clareza da dimensão que poderia ter a ética em suas práticas. Diante de irregularidades constatadas pelos conselheiros e o pedido do presidente para que as informações não vazassem, revelou-se, mais que tudo, uma ética corporativista, de que as informações não saíam do espaço da reunião. Acontece que este se constituía num espaço público, sem falar no compromisso dos conselheiros em repassar

os fatos aos seus representados. O posicionamento dos conselheiros revelou um equívoco, bastante comum em nosso meio, o uso privado do espaço público e o uso da ética como manutenção do segredo. Equívoco que deve ser levado a sério se pensarmos como Bobbio (1997) que a democracia é o governo do poder visível e que o Conselho existe justamente para possibilitar essa visibilidade, transparência, o desocultamento mesmo, de práticas que corroem o sistema de saúde.

A sugestão do Ministério da Saúde (1998), em uma de suas últimas publicações sobre o controle social, é de que os critérios para funcionamento dos conselhos de saúde incluíssem, dentre outros, a visibilidade e a permeabilidade, elementos que devem ser levados em consideração para que ele se constitua efetivamente num órgão público e que deveriam ser acolhidos pelo COMUSA/Itajaí.

O que parece ser mais presente é a obstrução do diálogo, de modo que ao invés de ser espaço de dissenso e de alteridade, acaba se tornando espaço de legitimação das mesmas relações de poder entre instituições/profissionais de saúde e população. Talvez o grande hipercodificado no COMUSA/Itajaí seja a “participação”. As reuniões, as atas, a presença das pessoas, a existência de um conselho, tudo isto comprova que temos a “participação popular”. Porém, ao analisá-la de perto, o que constatamos é um grande silêncio em torno da “participação”. Silêncio que se converte em silenciamento daquilo que se contrapõe a essa verdade, denunciando o risco de que as práticas de participação que temos podem contrariamente voltar-se contra a democracia.

A ambigüidade do governo na instituição da participação, constatada anteriormente em nosso estudo junto a conselheiros (Piccolo, Santos e Wendhausen, 1997), é outro aspecto que pudemos constatar nas práticas do COMUSA/Itajaí. Essa dubiedade, talvez, já esteja no próprio nome “conselho”, pois daí advém a noção de aconselhamento e não de deliberação como cunhado em lei.

Tal ambigüidade se expressa de várias maneiras. Quando o governo mesmo, que institui o Conselho, em vários momentos coloca em xeque seu valor e concretude, como por exemplo no desrespeito à decisão de que o Hospital deveria modificar o horário de visitas, quando monta todo um ritual de participação, mas não dá espaço para o diálogo, quando alicia Associações de Moradores através de acordos extra-Conselho, quando o presidente do Conselho, no papel do secretário da saúde, acaba sempre dando o “tom”; enfim, quando através de todo este dispositivo torna o Conselho nada além do que um braço popular de

legitimação de suas ações. O governo diz que quer a democracia, mas utiliza-se de outras regras que não as democráticas. Segundo Bobbio (1997) a democracia é um regime político que pressupõe o dissenso, mas requer o consenso sobre um único ponto: as regras da competição.

Por um lado, o levantamento das decisões do Conselho no período estudado, nos faz crer que suas deliberações não são tão importantes como esperaríamos e principalmente, no momento da 2ª gestão, ficaram bastante ligadas a prestação de contas (na base do voto de confiança). Por outro lado, a força com que o governo se coloca e as tentativas de resistir por parte dos outros segmentos, nos mostra que esta instância teria um poder virtual, que pode ser melhor aproveitado e utilizado pelos que lá estão.

Também, a freqüente separação nas falas dos conselheiros, tanto nas atas, como nas entrevistas, que se referem aos representantes do governo como “eles” e aos outros conselheiros como “nós” concretizam, mais uma vez, a distância do segmento governamental, entre aquilo que foi idealizado e as práticas. Inclusive, era de se esperar que a “briga” dos usuários fosse com o setor privado sempre disposto a impor os ditames do lucro e o que vemos aí é que até houve momentos em que foi possível aliar-se usuários, profissionais de saúde e prestadores privados, contra as práticas do governo (no caso da prestação de contas), enquanto que com os representantes do governo, não foi possível aliar-se em nenhum momento.

Se levarmos em conta, também, que os efeitos de medicalização, cujos aspectos abordamos no início do trabalho, se fazem sentir no COMUSA/Itajaí, o risco de perpetuar práticas que levam a heteronomia do usuário e portanto contrárias à participação, podem se tornar uma realidade inelutável. Lembremo-nos, que as relações de poder que ali se estabelecem, podem se legitimar graças ao campo de saber/poder mais geral formado pela medicina, cujo representante ou aquele que está autorizado a dizer a verdade da saúde ou da doença é, principalmente, o médico. A subjetividade daí resultante, que no nível mais privado concretiza-se na relação profissional de saúde/cliente, é a de um usuário submisso a inúmeras pautas, em troca de benefícios que daí possam advir. Tal atitude tenderá a estender-se à ação política, se neste espaço permanece o vínculo dissimétrico entre aquele que sabe e o outro que nada sabe, como pudemos constatar em nosso caso específico.

Queremos frisar, então, que o discurso da institucionalização dos conselhos, não é exterior a essa rede de poder/saber que se estabelece entre a medicina como instituição, que

possui um controle descendente, a partir das práticas da assistência à saúde e população que deve submeter-se a pautas, em troca de determinados benefícios. O controle social requerido pela Reforma Sanitária nasce dentro da mesma rede de poder que tem como prática corrente, um outro tipo de controle social, justamente oposto à participação popular. O modelo de “Estado Pastor” com o qual convivemos em nossas sociedades ocidentais, em nome da “proteção aos cidadãos”, se utiliza de técnicas de governo que as produzem enquanto subjetividades submetidas à lógica da obediência e da dependência. Desta forma, convivemos a todo momento com a tensão entre a possibilidade de participar, pela presença concreta de canais participativos e a tendência de que este espaço seja tão demarcado e pré- estabelecido, pelas mesmas relações de poder anteriores, que se torne inviável uma participação efetiva dos representantes populares. Vivemos a tensão entre governar – no sentido de exercer algum poder – e sermos governados.

Em meio a essa tensão dialética entre a participação requerida e aquela que, efetivamente, se vivência, parece-nos fundamental a busca de uma via teórica que possibilite e potencialize a participação do usuário, desde os locais onde é prestada à assistência, sejam unidades de saúde ou hospitais, até os fóruns coletivos, como são as associações de moradores de bairros e os conselhos de saúde. Acreditamos, pois, que a própria demanda, tão enfatizada pela Reforma Sanitária, de que nos voltemos, antes de tudo, para os aspectos preventivos da saúde, pode ser um dos pontos de partida para o estabelecimento de um outro tipo de relação com os usuários dos serviços.

Vejamos, na “clínica”, corrente se parte da doença como ente, com ênfase nos parâmetros de normalidade/anormalidade - o que de saída já classifica e demarca os indivíduos - , sendo a figura central de sua cura, o médico (e eventualmente outros profissionais) e a participação do usuário no processo de cura, ínfima, já que esta depende mais da competência do profissional, dos remédios e dos aparelhos. Já na perspectiva preventiva, proposta pela Reforma Sanitária, a tendência é que se parta dos riscos e agravos à saúde, para em parceria com o usuário, construir uma melhor qualidade de vida, sua e da comunidade, através do autocuidado e mudanças de estilo de vida. Nem todos que praticam a clínica o fazem de forma autoritária, bem como o uso da prevenção pode ser uma prática, tanto ou mais autoritária que a prática clínica, hajam vista as inúmeras histórias de autoritarismo na saúde pública, citando aqui o exemplo extremo o da “Revolta da Vacina”, ocorrida no início de nosso século.

Sabemos que todas as práticas de assistência à saúde são necessárias, sejam

preventivas ou curativas, pois, como vimos, a medicalização é positividade, na medida em que é operativa em nossa vida. Entretanto, parece-nos que a via teórica da prevenção tem em sua base uma maior possibilidade de participação do usuário nos cuidados à saúde, já que sua efetividade mesma centra-se nas capacidades que ele adquire e incorpora em sua vida cotidiana.

Ao colocar a prática da prevenção em saúde, como uma das possibilidades de exercitar a ética Berlinguer (1996, p. 111) diz que “a autonomia de um indivíduo pressupõe junto com a liberdade, a capacidade de aproveitá-la tendo à sua disposição tanto conhecimentos quanto condições psicofísicas adequadas”. Deste modo, além de a prevenção possibilitar a intervenção, em problemas de origem genética, alterando seu programa de vida ou o ambiente, para diminuir seus agravos, pode fazê-lo, também, em relação às doenças exógenas. “Por isso (a prevenção) pode ser considerada eticamente autorizada, como ação específica da espécie humana, tendente a favorecer o total cumprimento do ciclo vital de todo o indivíduo e a assegurar-lhe um maior ‘empowerment’³² e a permitir ser ele mesmo ‘agente moral’”(Berlinguer, op. cit., p.112).

Analisando a experiência concreta da instituição da participação dos usuários em Centros Locais de Serviços Comunitários, no Québec, Goudbout (1983) constatou que a operacionalização da prevenção primária se deu em meio a conflitos entre os representantes dos usuários e dos profissionais destes centros, no sentido de uma contraposição entre os interesses de uns e outros. Os usuários reivindicam a acessibilidade do serviço a todos os moradores, uma adaptação do serviço às suas necessidades específicas e uma maior disponibilidade dos profissionais, não só para a cura de seus males, mas também para seu alívio. Os profissionais tinham por objetivo uma organização da população em torno de seus problemas de saúde e uma ação sobre as causas da doença; para tanto estes centros deveriam ser locais de experimentação de novas técnicas e abordagens. O autor constata que, embora teoricamente estes dois objetivos não sejam opostos, na prática poderiam se tornar. Por exemplo, aumentar a acessibilidade poderia ser um impeditivo para que se experimentassem novas abordagens com grupos reduzidos. O autor conclui, então, que embora aparentemente os usuários pudessem se constituir um fator negativo para a implantação destas mudanças, na prática o que se constata é que na ausência dos usuários como parceiros da experiência, os

³² *Potencialização das capacidades e do poder, empoderamento (Berlinguer, 1996, p. 112)*

profissionais dificilmente atingem seus próprios objetivos. Primeiro, porque os profissionais, sem apoio da comunidade não conseguem recrutar a clientela para participar dos novos programas, segundo, se não há uma boa relação entre os profissionais e o meio, a prevenção tende a se tornar uma categoria vazia, definida apenas por oposição aos serviços curativos, uma burocracia a ser cumprida. Como incide diretamente sobre os valores, pois enseja mudanças rumo a comportamentos saudáveis, sem os usuários como parceiros, torna-se mais um instrumento de enquadramento, de controle de imposição de valores estranhos ao meio e nesse caso para Goudbout, pode ocultar uma empresa de “victim blaming”³³.

A exposição, propositadamente um tanto longa, mostra como uma perspectiva preventiva depende da participação do usuário, para que seja efetiva. Por outro lado, mostra também os limites desta abordagem, no sentido de que a despeito de seu potencial de ‘empowerment’ e de transformação, pode ser somente um controle a mais a ser efetuado ou apenas um ritual vazio, em que apenas os aspectos burocráticos são relevados.

Considerando o contexto brasileiro sabemos o quanto é mais provável que nossos serviços incorporem, da Reforma Sanitária apenas o seu aspecto administrativo. Todavia, é possível encontrar profissionais e gestores que acreditam que a mudança do modelo assistencial deve se dar *pari passu* à reforma administrativa. Creio que o ponto de partida pode ser os pequenos espaços, em que é possível experimentar novas formas de se relacionar com os usuários, potencializando o exercício da participação, que pode começar com a socialização do conhecimento profissional/usuário e vice-versa, passando pela autonomia na tomada de decisões em relação à sua saúde e chegando aos níveis mais coletivos de tomada de decisões sobre a política de saúde de uma população.

Dessa forma, a prática da prevenção poderia ser, a partir dos serviços, um dos modos de provocar a participação do usuário, desde o momento em que aprende a conhecer seu corpo, detectar suas necessidades e buscar formas de lidar com elas, sejam aquelas já presentes no serviço, ou novas formas de satisfazer estas necessidades, que modifiquem o próprio serviço. Neste sentido, também, a prática clínica, numa perspectiva mais próxima de Canguilhem (1990), em que o conceito de saúde deixa de ser tão fixo, para constituir-se num processo de resposta individual e/ou coletiva às infidelidades do meio, pode juntamente com as práticas preventivas, instituir novas tecnologias que contribuam na construção de sujeitos mais

³³ *Culpabilização da vítima*

autônomos e solidários.

Dentro desta perspectiva, creio serem as resistências a estes poderes que se impõem, uma das práticas a que devemos estar mais atentos, no sentido de torná-las mais estratégicas e orgânicas, pois em seu sentido mais profundo, são a expressão da liberdade que possuímos e desejamos ampliar. A prática da liberdade no dizer de Foucault (1987) é, em si ética, e a ética é a forma reflexiva que adota a liberdade. Assim, creio que para avançarmos em direção a práticas mais dialógicas nos conselhos, é preciso refletir para além dos aspectos que consideram os sujeitos cidadãos portadores de direitos.

Concordo com Foucault (1987) que inspirado nos gregos vislumbrou a continuidade entre o governo dos outros e o governo de si mesmo. Neste sentido propõe que antes que cuidemos dos outros aprendamos a cuidar de nós mesmos. Considera ético, em si mesmo, o cuidado de si, na medida em que este *ethos* de liberdade é também uma maneira de ocupar-se dos outros, isto é uma arte de governar em que saber cuidar de si, converte a quem o possui, em alguém capaz de ocupar na cidade, na comunidade e nas relações interindividuais, o lugar que convém.

O cuidado de si é eticamente o primeiro, implica buscar a verdade e é o que permite uma conversação com o poder, uma maneira de controlá-lo e delimitá-lo, pois é justamente o poder sobre si mesmo que vai regular o poder sobre os outros. Essa busca da verdade pode desvincular o poder hegemônico das formas de verdade. Somente um sujeito reflexivo poderia jogar o jogo do poder com maior liberdade de movimentos, dentro de um *ethos*, que busca um mínimo possível de dominação. (Foucault, op. cit.).

A busca de uma “estética da existência” (Foucault apud Schmid, 1994), que para os gregos constituía em qualidade de um sujeito temperante e sobre a qual nos referimos no capítulo III, pode ser transposta para as práticas do COMUSA/Itajaí, especialmente para a participação dos usuários no que pode ter de inovador: a busca de práticas que ampliem nosso espaço de liberdade e nos ensinem a lidar, a “conversar” com o poder, tendo como referência o outro.

Além de uma capacidade de julgamento e sensibilidade afinada a tudo que é intolerável, a necessária relação com o outro, na busca do cuidado de si (Foucault apud Schmid, op. cit.), é que permitirão ao usuário uma tomada de decisões mais autônoma, em relação àquilo que lhe concerne, o que poderá ampliar os espaços democráticos, antes confinados ao político, como o da assistência à saúde, por exemplo.

Entretanto, a “estética da existência” contém um *ethos* de liberdade que consiste numa maneira de ocupar-se dos outros, portanto é um compromisso pessoal que deve estar vinculado à interesses coletivos. É a partir de direitos de liberdade que se pode coletivamente garantir concessão de direitos políticos (Ribeiro, 1998). Neste sentido a liberação do indivíduo se relaciona diretamente com a liberação política das formas de opressão, dos poderes que se lhe impõem e anulam suas possibilidades de escolha.

A afirmação da identidade do usuário enquanto sujeito moral de suas ações, que tenha como consequência a ocupação de espaços no discurso, pode modificar a atual configuração de participação encontrada no COMUSA/ITAJAÍ. A busca dessa postura ético-reflexiva, diz respeito a nós: profissionais de saúde, usuários e a todos que atuam na área da saúde, pois demanda-nos que cuidemos, antes de tudo, de nós mesmos, para que possamos atuar com um mínimo de dominação.

Não entendemos a busca de uma postura ética com base no cuidado de si, como “a solução” para a participação nos Conselhos, mas como uma alternativa a permear as práticas cotidianas de assistência à saúde (individuais e/ou coletivas), com potencial para atravessar essa rede de micropoderes encontradas no COMUSA/Itajai. Creio que buscá-la pode contribuir, juntamente com outras práticas tão necessárias, na criação de espaços que permitam maior circularidade e equidade na obtenção de informações e que o usuário exerça de modo mais direto sua participação, para a efetiva democratização das relações, evitando que a participação acabe confinada apenas a espaços institucionalizados, tão ajustados, que asfixiem a práxis fundadora da participação que permeia a Reforma Sanitária.

As outras práticas a que me refiro já foram apontadas de uma ou outra forma ao longo deste estudo, mas pode ser interessante retomá-las neste momento final, num esforço para desenhar caminhos que podem transformar nossas reflexões em práticas concretas. Os problemas encontrados no cotidiano do COMUSA, nas tentativas de estancar o poder do segmento governamental, e no oposto, as de resistir a ele, nos mostram que há sempre indivíduos e grupos dispostos a lutar por algum tipo de liberdade, embora muitas vezes isto não seja totalmente consciente. Não entendo, portanto, que este processo esteja por iniciar, de alguma forma já começou; talvez nos falte enxergar melhor nas entrelinhas, nas pequenas resistências cotidianas, quais são seus indícios e assim, potencializá-lo. Diante da constatação das resistências no COMUSA, da clareza de alguns conselheiros de que o conselho não está cumprindo seu papel a contento, enfim, de que há algo a fazer, percebo um movimento em

direção à mudança.

Um dos pontos a atacar pode ser o da instrumentalização dos conselheiros capacitando-os para atuar neste tipo de instância, o que pode ser articulado pelos membros do conselho e/ou pelo movimento social organizado. Em nossa prática constatamos que as pessoas em geral não sabem da existência dos conselhos de saúde e os próprios conselheiros, sejam eles leigos ou profissionais da área da saúde, não conhecem sequer o SUS ou as leis que embasam as políticas de saúde, ou como se dá o sistema de financiamento que têm o papel de fiscalizar. Assim, torna-se imprescindível uma capacitação inicial para atuar nos conselhos.

Entretanto, esta formação de conselheiros por si não garante a democratização do processo portanto, não pode estar disvinculada de uma prática que se inicia anteriormente, que é a mobilização das comunidades em torno da participação e do controle público da saúde. Tal mobilização pode se dar de modo natural através da vivência cotidiana dos problemas concernentes à moradores de uma determinada comunidade e consequente organização para resolvê-los, mas pode, também, ser provocada por profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, que incorporem em suas práticas a socialização e discussão dos saberes/verdades que permeiam a área da saúde e o estabelecimento de um vínculo dialógico com os usuários (individual ou coletivamente), capaz de gerar novos saberes/verdades que os levem a pensar e agir ética e politicamente.

Neste sentido, a implantação de conselhos locais de saúde poderiam ensejar uma forma mais direta de participação e constituírem-se em celeiro onde a participação e mobilização tomam uma forma mais concreta, para daí se ampliar para conselhos municipais e estaduais, onde a participação é representativa (indireta). Em Itajaí, a iniciativa de algumas associações de bairro de fundarem a UNAMI³⁴, unindo as diversas associações de moradores do município em torno de problemas comuns, foi uma iniciativa importante e pode ser bem aproveitada na área da saúde. Um dos fatos criados pela UNAMI, que pude presenciar, foi a reunião de várias comunidades com o Secretário da Saúde do Município para discutir e esclarecer os problemas com os serviços de saúde locais. A presença foi bastante significativa e a participação na reunião também, o que demonstra que a suposta passividade em relação à

³⁴ *A UNAMI - União das Associações de Moradores de Itajaí é uma entidade que foi criada em abril de 1997, por iniciativa de algumas Associações de Moradores de Itajaí, com o objetivo de unir esforços.*

participação pode estar sendo mal interpretada por nós intelectuais. Talvez, como intelectuais tenhamos a pretensão de saber do que necessitam as classes populares. Entretanto como coloca Valla (1998) estamos vivendo uma crise em relação à mediação que fazemos entre as classes populares e o serviço público por absoluta falta de capacidade de escuta, pois pressupondo o que outros necessitam nos arvoramos a pensar (e as vezes a agir) por eles, retirando-lhes a possibilidade de sentirem-se agentes ativos de sua própria história.

Outra forma de ampliar a escuta do usuário, poderia ser a implantação de um serviço de ouvidoria, de modo que a avaliação dos usuários fosse uma das balizas no (re)direcionamento das práticas e serviços oferecidos, pois ao mesmo tempo em que coloca o usuário como participante ativo, pode contribuir para que o serviço lhe seja mais adequado e resolutivo.

Entretanto, a voz do usuário somente poderá ser ouvida, no sentido mais amplo do termo, na medida em que como profissionais soubermos identificar nossos próprios preconceitos e limites “científicos” e nos entregarmos a experiência do encontro com o outro, naquilo que temos de semelhante e diferente, como seres humanos. Aí faz-se fundamental o papel dos aparelhos de formação destes profissionais. A preocupação deve ser não só a de capacita-los tecnicamente, mas ética e politicamente.

Em relação à melhoria do sistema de informações entre conselhos e comunidade, seria importante a divulgação de suas discussões e decisões em jornal próprio, o que o tornaria visível e permeável de alguma forma, portanto passível de controle pelos cidadãos em geral.

As práticas apontadas não esgotam as possibilidades e não resolvem por si mesmas o problema da participação nos conselhos e nos serviços de saúde. Além disso, possuem um efeito circular, podendo se sobrepor e se reforçar, não havendo uma ordem dentro da qual devem acontecer, de modo que a participação dos conselhos, ao nosso ver, é resultado do somatório dos diversos tipos de participação que se nos atravessam. A tentativa de apontar os limites que enfrentamos em relação a participação na área da saúde não tem o objetivo de imobilizar-nos diante das adversidades, mas o de tornar-nos mais conscientes dessa rede de poderes que perpassa os espaços de nosso cotidiano, percebendo mais claramente a inserção dos diversos atores e, principalmente vislumbrando e criando novas formas de resistir.

Creio, finalmente, que diante das limitações apontadas para que se concretizem os ideais de controle social, a construção e ampliação dos espaços democráticos concerne a todos nós profissionais de saúde e usuários que, de algum modo, reivindicamos a “participação

popular”, como uma das maneiras de reinventar os “fazeres” e “saberes” da assistência à saúde. A partir de formas estratégicas de resistência, poderemos contribuir para que a democratização das atuais relações de poder na área da saúde, se transformem numa participação que não seja contrária, e sim, a favor da democracia.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADHOC, Administração Hidroviária Docas Catarinense, v.1, Itajaí, 1995.

ALVÁREZ-URÍA, Fernando. La question del sujeto. In: FOUCAULT, Michel. **Hermenêutica del sujeto**, Madrid: La Piqueta, 1987.

ABRASCO. **Incentivo à participação popular e controle social em saúde** Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, Série: Movimento e Saúde, n.1,1993.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 7.ed. São Paulo: Forense, 1995.

BARISON, Eliane. **Processo saúde-doença e causalidade: uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde-pública**. Tese (Doutorado) Campinas/SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, 1995.

BAUDRILLARD, Jean. **À sombra das maiorias silenciosas**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BERLINGUER, Giovanni. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia** uma defesa das regras do jogo.6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. El contexto político de la participación comunitária en américa Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.14 (sup. 2), p. 141-147, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília, 1998.

BRASIL. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de setembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada, resolve: I – aprovar o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. **Ministério da Saúde**. O SUS e o controle social guia de referência para conselheiros municipais, Brasília, 1998.

BOBBIO, Norberto e MATTEUCCL, Nicola. **Dicionário de política**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1981.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à Análise do Discurso**. São Paulo: UNICAMP, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, Giovanni; FLEURY, Sônia e CAMPOS, G. W. de S. **Reforma sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

_____. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EINBENSCHTZ (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 1990.

CAPONI, Sandra. **O Interesse pelos sujeitos** (a interrogação filosófica na obra de Michel Foucault). Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP, 1989.

_____. Modos de violência, estratégias de resistência. **Reflexão**, Campinas, n. 61, p. 99-130, jan-abr/1995.

- _____. La ciencia y la condición humana. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, n.19, p.103-114, 1996.
- _____. A compaixão no poder médico-assistencial. **Cadernos Nietzsche**, São Paulo, n.4, p. 63-82, 1998.
- CARVALHO, Antônio Ivo de . **Conselhos de saúde no Brasil participação cidadã e controle social**.Rio de Janeiro:FASE/IBAM, 1995.
- CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia** o discurso competente e outras falas. 6.ed.São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. **Convite à Filosofia**. 3. ed.. São Paulo: Ática, 1995
- _____. Uma ideologia perversa. **Folha de São Paulo**, São Paulo,14 de março de 1999.
- Caderno Mais, 5º caderno, p. 03.
- COHN, Amélia. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EINBENSCHUTZ (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8.: 1986: Brasília). **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. **Ata da primeira reunião extraordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 17 jun. 92**, p.1-2.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. **Ata da segunda reunião extraordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 24 jun. 92**, p.1.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. **Ata da terceira reunião extraordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 01 jul. 92**, p.1-2.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. **Ata da reunião do conselho municipal de saúde de Itajaí, 05 ago. 92**, p.2.

- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 09 set. 92, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE DE SAÚDE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Reunião extraordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 16 set.92, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE DE SAÚDE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 13 out. 92, p.1-2.**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata das quatro últimas reuniões extraordinárias do conselho municipal de saúde de Itajaí, 20, 21, 27.28 out. 92, p.1.**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata de reunião do conselho municipal de saúde de Itajaí, 11 nov. 92, p.1.**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata de reunião do conselho municipal de saúde de Itajaí, 02 dez. 92, p.1.**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 12ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 28 abr. 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 13ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 19 maio 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 14ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 26 maio 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 15ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 07 jul. 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 16ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 08 set. 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 17ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 29 set. 93, [s.p.].**

- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 18ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 24 nov. 93, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 19ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 01 jun. 94, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 20ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 06 jul. 94, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 21ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 01 fev. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 22ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 05 abr. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 23ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 03 maio 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 24ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 07 jun. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 25ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 05 jul. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 26ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 02 ago. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 27ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 16 ago. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 28ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 06 set. 95, [s.p.].**
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 29ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 04 out. 95, [s.p.].**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 30ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 06 dez. 95, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 31ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 14 fev. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 32ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 06 mar. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 33ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 22 maio 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 34ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 13 jun. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 35ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 07 ago. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 36ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 04 set. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 37ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 09 out. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 38ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 20 nov. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 39ª reunião extraordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 27 nov. 96, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ, Itajaí/SC. Ata da 40ª reunião ordinária do conselho municipal de saúde de Itajaí, 11 nov. 96, [s.p.]

CORTES, Soraya Maria Vargas. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. *Saúde*. Porto Alegre/RS, v.1, p.51-69, 1996.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Conselhos municipais de saúde: possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.14 (sup. 2), p. 7-18, 1998.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al.. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 531-540, out-dez, 1996.

DÂMASO, Romualdo. Saúde e autonomia: para uma política da vida. In: FLEURY, Sônia (org.) **Saúde: coletiva? questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

DONZELOT, Jacques. **La policía de las familias**. Espanha: Pre-textos, 1979.

DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EINBENSCHUTZ, Catalina. Atención a la salud y poder ciudadano: elemento clave en la articulación público/privado. In: _____. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ECO, Humberto. **Tratado geral de semiótica**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FORUM POPULAR ESTADUAL DE SAÚDE. **Conselhos municipais de saúde: o controle do sistema único de saúde pela população**. Série controle social, Santa Catarina, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Las Redes del Poder**. Buenos Aires: Almagesto, 1976.

_____. **A História da Sexualidade a vontade de saber**, Rio de Janeiro: Graal, 1985. v.1.

_____. **Hermenêutica do sujeito**, Madrid: La Piqueta, 1987.

_____. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994a.

_____. **Vigiar e Punir**. 11. ed. São Paulo: Vozes, 1994b.

_____. **A história da sexualidade o uso dos prazeres**. 7. ed. Rio de Janeiro Graal, 1994c. v.2.

_____. **Tecnologias del Yo**. 2. ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995a.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul, **Michel Foucault uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**, Rio de Janeiro: forense Universitária, 1995b.

_____. **Arqueologia do saber**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995c

_____. **A ordem do discurso**, São Paulo: Loyola, 1996

_____. **História da sexualidade a vontade de saber**, 12. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997. v. 1.

GADAMER, Hans-Georg. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996.

GARRAFA, Volney. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995

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

GODBOUT, Jacques. **La participacion contre la démocratie**. Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

HABERMAS, Jürgen. O conceito de poder em Hannah Arendt. In: FREITAG, B. e Rouanet (org.). **Habermas**. São Paulo: Ática, 1980.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde - Nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

ITAJAÍ. Lei nº2.634, de 18 de junho de 1991. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. **Prefeitura Municipal de Itajaí, Estado de Santa Catarina, 1991.**

_____. Decreto no 4.770, de 13 de julho de 1992. Aprova o regimento interno do conselho Municipal de Saúde. **Prefeitura Municipal de Itajaí, Estado de Santa Catarina, 1992.**

JACOBI, Pedro Roberto. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, Nilson R.; RAMOS, Célia Leitão; MINAYO, Maria Cecília de S. e STOTZ, Eduardo Navarro (org.). **Demandas populares políticas públicas e saúde.** Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

_____. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In Conferência Nacional de Saúde; Cadernos da Nona (9. :1992, Brasília). **Anais.** Brasília, UNB, 1992.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos** um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

LOYOLA, Cristina. **Os doces corpos do hospital.** As enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. In: I ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1., 1988, São Paulo. Anais... São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988. p.124-131.

LÜDCKE & ANDRÉ. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: E.P.U., 1986.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social.** razão médica e racionalidade científica moderna Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"- anos 80. **Physis,** Rio de Janeiro, v.1, n. 1, 1991

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso.** 2. ed. São Paulo: Pontes, 1993.

- MENDES, Eugênio Vilaça. O consenso do discurso e o dissenso da prática social notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; Cadernos da Nona, 9., 1992, Brasília. **Anais...** Brasília : UNB, 1992. 2 v.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **O SUS e o controle social** guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, 1998.
- MOREY, Miguel. A questão do método In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo.** 2.ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995.
- NASCIMENTO, Paulo Cesar. Democracia e Saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, Sônia (org.) . **Saúde: coletiva? questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- PITTA, Áurea Maria Rocha. Comunicação em saúde: a complexidade dos conceitos e os desafios das práticas. In: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial das Saúde. **Informação e comunicação social em saúde.** Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 15. Brasília, 1996.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio** no movimento dos sentidos. 3. Ed. Capinas: UNICAMP, 1995.
- RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de saúde e controle social. In: Política de Saúde: **O Público e o privado.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- RIBEIRO, Renato Janine. Democracia desfocada. **Isto é,** São Paulo, n. 1513, 30 set., 1998.
- RUBIM, Antônio Albino Canelas. Comunicação e contemporaneidade: aspectos conceituais. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DAS SAÚDE. **Informação e comunicação social em saúde.** n. 15. Brasília, 1996. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, Pedro Floriano dos; PÍCCOLO, Fernanda e WENDHAUSEN, Águeda. **A atuação do Conselho de Saúde de um município de Santa Catarina na percepção dos conselheiros.** Trabalho apresentado na disciplina “Análise do Discurso” do Departamento de Antropologia da UFSC. 1997. (mimeo).

SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde 1992-1996.** Prefeitura Municipal de Itajaí, Itajaí, julho de 1992.

_____. **Plano municipal de saúde 1998-1999.** Prefeitura Municipal de Itajaí, Itajaí, 1997.

SZÄSZ, Thomas. **A fabricação da loucura.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

_____. Thomas. **Cruel compaixão.** Campinas, São Paulo: Papyrus, 1994.

SCHMID, Wilhem. Da ética como estética da existência. **Magazine Litteraire**, Paris, n.309, out. 1994.

SOAR FILHO, Ercy. Relação profissional de saúde-cliente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.23, n.3, p.185-189, jul/set. 1994.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, Giovanni; Fleury, Sônia e Campos, G. W. de S. **Reforma sanitária Itália e Brasil.** São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

TEIXEIRA, S.F. e MENDONÇA, M.H. Reformas sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** R.J/S.P.: Cortez/ABRASCO, 1989. Coleção pensamento social e saúde. Vol. 3.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.14 (sup. 2), p. 7-18, 1998.

VEYNE, Paul Marie. **Como se escreve a história.** 3. ed. Brasília : UNB, 1995.

A N E X O S

ANEXO 01

**QUADRO SEQUENCIAL DAS REUNIÕES DO COMUSA/ITAJAÍ – JUNHO DE 1992
A 27 DE NOVEMBRO DE 1996.**

NÚMERO DA REUNIÃO	DATA	PRESIDENTE	INTERRUPÇÕES	NÚMERO DE REUNIÕES X TEMPO DE ATUAÇÃO/ PRESIDENTE
1	17/06/92	1º		
2	24/06/92	1º		
3	01/07/92	1º		
4	05/08/92	1º		
5	09/09/92	1º		
6	16/09/92	1º		
7	13/10/92	1º		
8	20,21,27,28/10/92	1º		
9	11/11/92	1º		
10	02/12/92	1º	Interrupção 4 meses	13 reuniões em 7 meses
11	08/04/93	2º		
12	19/05/93	2º		
13	26/05/93	2º	Interrupção 2 meses	
14	07/07/93	2º		
15	08/09/93	2º		
16	29/09/93	2º	Interrupção 2 meses	
17	24/11/93	2º	Interrupção 7 meses	7 reuniões em 11 meses
18	01/06/94	3º		
19	06/07/94	3º	Interrupção 7 meses	
20	01/02/95	3º	Interrupção de 2 meses	
21	05/04/95	3º		
22	03/05/95	3º		
23	07/06/95	3º		
24	05/07/95	3º		
25	02/08/95	3º		
26	16/08/95	3º		
27	06/09/95	3º		
28	04/10/95	3º	Interrupção de 2 meses	
29	06/12/95	3º		12 reuniões em 22 meses
30	14/02/96	4º		
31	06/03/96	4º	Interrupção de 2 meses	
32	22/05/96	4º		
33	13/06/96	4º	Interrupção de 2 meses	
34	07/08/96	4º		
35	04/09/96	4º		
36	09/10/96	4º		
37	11/11/96	4º		
38	27/11/96	4º		10 reuniões em 11 meses

ANEXO 02
NORMALIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DE ALGUMAS ATAS DO
COMUSA/ITAJAÍ

N° DA UR. / DATA	N° DE PARTICI PANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
UR/1/1 17/06/92	14 partic. 1/I-1	Proposta de discutir sobre o regimento do COMUSA; eleições de vice-pres. e secretária	Proposta
	1/I-2	(repr. Dos usuários) questiona a necessidade de obter maiores informações sobre as leis que regem o conselho	Questionamento
	1/I-3	Presidente esclarece sobre lei que cria o conselho no Município	Esclarecimento
	1/I-4	Presentes dizem ser importante ter a referida lei em mãos	Proposta
	1/I-5	Presidente providencia distribuição da lei a todos	Providência
	1/I-6	<p>Discussão do regimento se deteve nos seguintes pontos: vide ata se merecer atenção; rever o regimento</p> <p>Pontos de discussão:</p> <p>Art. 1° - questão da composição paritária , por não defini-la - foi reescrito no regimento e o art. 4° especifica a composição do conselho</p> <p>Art. 2° - inciso VII,VIII,IX,X – foram discutidos por não estarem em lei mas mantidos por serem "pertinentes"</p> <p>Art. 4° - redação alterada no início do artigo; parágrafo 3° - não havia consenso quanto ao método de substituição dos conselheiros (caberá ao Prefeito, após o processo de indicação dos representantes pelos titulares dos órgãos ou entidades, NOMEAR os conselheiros e suplentes para o novo mandato; parágrafo 5° – nova redação;</p> <p>Art. 7° - periodicidade das reuniões - mensais; parágrafo 3° que trata da votação dos membros discussão ficou adiada, mas não houve modificação</p> <p>Art. 8° - incluída a palavra "simples", no caso de aprovações das resoluções</p> <p>Art. 12°, inciso VII- competências do presidente e a possibilidade de exercer o voto de qualidade - não houve consenso, a discussão foi adiada, mas a redação ficou a mesma</p> <p>Art. 14° foi incluído "reunião ordinária"</p> <p>Discutiu-se sobre o papel dos suplentes, mas nada consta sobre isso na proposta final</p>	Discussão

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

Nº DA UR / DATA	Nº DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
UR 2/I	13 partic.		
24/06/92	2/I-1	Pauta: votação dos pontos polêmicos do regimento, cuja aprovação final ficou marcada para a próxima reunião	Pauta
UR 3/I	11 partic.		
01/07/92	3/I-1	Leitura da redação final do regimento (conselheiros o tinham em mãos)	Decisão
	3/I-2	(representante dos profissionais de saúde) levanta questão das decisões do conselho serem aprovadas pelo Prefeito (art. 8º) sugerindo alteração pelo seguinte: homologação pelo poder legalmente constituído (lei federal 8.142/90)	Questionamento/crítica
	3/I-3	A alteração não é aceita porque se contrapõe à lei municipal	Esclarecimento
	3/I-4	Regimento é aprovado pela plenária	Decisão
UR 4/I	4 (?) partic.		
05/08/92		Início da ata fala em 14 presentes	
	4/I-1	Eleito vice-presidente (representante dos profissionais de saúde) e Secretária (representante do governo)	Decisão
	4/I-2	Aviso aos conselheiros de que há disponibilidade de ônibus para ir à 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Aviso
	4/I-3	Representante dos profissionais de saúde) traz problema de usuário do serviço que não dispõe de recursos para realizar exames mais complexos	Temas trazidos
	4/I-4	Discussão "se estendeu" no sentido da garantia dos exames gratuitos	Discussão
UR 5/I	11 partic.		
09/09/92	5/I-1	Relato sobre a 9ª CNS pelos conselheiros que dela participaram (Presidente e mais 3 representantes)	Comunicação
	5/I-2	Presidente ressalta importância do COMUSA para o controle social e importância do COMUSA para habilitar o município a receber recursos	Destaque
	5/I-3	Coordenador do Plano Municipal de Saúde apresenta a proposta da Secretaria da Saúde (92-96) e solicita avaliação pelo conselho	Proposta

Unidade de Referência – nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

Nº DA UR. / DATA	Nº DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	5/I-4	Presidente salienta a necessidade de marcar reuniões extraordinárias para apresentação oficial do plano, que seriam nos dias 16 e 17 de setembro, no Hospital Marieta	
	5/I-5	No início da reunião foram distribuídas cópias sobre a introdução(?) final da 9ª CNS e da Lei nº 8.142/90, que regulamenta os conselhos	Providência
UR 6/I	12 partic.		
16/09/92	6/I-1	Pauta: "apresentação oficial do plano municipal de saúde " (aspas da secretária)	Pauta
	6/I-2	Vice presidente preside a reunião	
	6/I-3	Vice-presidente esclarece sobre a escassez de tempo para analisar o plano pelos conselheiros e questiona sobre o prejuízo p/ o município	Questionamento
	6/I-4	Técnico da Secretaria de Saúde diz que o processo de elaboração do plano foi invertido(primeiro executou-se para depois aprová-lo), mas que é um "plano aberto"	Esclarecimento
	6/I-5	Técnica da Secretaria de Saúde diz que o plano deve ser aprovado nas duas próximas reuniões	Esclarecimento
	6/I-6	Votação para decidir se os conselheiros receberiam cópias do plano para analisar/decidido que receberão cópias os titulares	Votação/decisão/
	6/I-7	Plenário decidiu por uma apresentação do plano pelos que o elaboraram e ter mais uma reunião com uma apresentação mais minuciosa	Decisão
UR 7/I	4 (?) partic.		
13/10/92	7/I-1	Plenária "decepcionada" pela não presença da equipe técnica que apresentaria o plano mais detalhadamente	Questionamento
	7/I-2	Presidente justifica ausência da equipe pela insuficiência de tempo para apresentação	Esclarecimento
	7/I-3	Presidente diz que estranha encaminhamento dos trabalhos da reunião anterior, na qual deveria Ter sido estudado o plano e que, se mantida tal dinâmica, seriam necessárias mais duas reuniões extraordinárias	Questionamento
	7/I-4	Presidente sugeriu formação de grupo técnico para apoiar a análise do plano	Proposta
	7/I-5	(representante dos profissionais de saúde) contesta sugestão alegando que "somos trabalhadores e não temos tempo disponível para montar equipe de estudo, devendo a equipe técnica da secretaria ficar à disposição dos conselheiros"	Crítica

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

N° DA UR. / DATA	N° DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	7/I-6	Após discussão plenária rejeita formação de equipe técnica	Discussão/decisão
	7/I-7	Discussão do plano: dúvidas de alguns presentes: 1. por quê a estatística da saúde mental de Itajaí não foi incluída, se é feita? 2. Por quê a fonoaudiologia não consta no plano? 3. Que prioridade vai ser dada aos projetos propostos no plano	Discussão/questionamentos
	7/I-8	(representante dos profissionais de saúde) ressalta importância da apresentação do plano para posterior fiscalização do conselho	Grifos
	7/I-9	Decidido que haverá 2 dias de apresentação para o plano	Decisão
	7/I-10	Discussão sobre faltas de alguns conselheiros, levantamento dos faltosos e aplicação do art. 3º do regimento	Discussão/decisão
	7/I-11	Apresentação do ante-projeto que dispõe sobre a vigilância sanitária do município de Itajaí	Esclarecimento
	7/I-12	Registro de retorno de um conselheiro e justificativa de falta de outro	Esclarecimento
UR 8/I	4 (?) partic.		
20,21,27 e 28/10/92 4 reuniões extra	8/I-1	Apresentação do plano municipal de saúde pela equipe técnica. Sugestões após: autonomia dos enf ^{os} para solicitar exames comissão para apurar irregularidades no HMMKB pacientes devem passar pelo posto antes de irem ao especialista descentralizar médicos policlínica central secretaria de saúde deve solicitar notif. Compulsória de outras solicitadas criar subprogramas específicos dentro da saúde mental criar programa de re-integração dos deficientes físicos, idosos, 1. identificação dos membros do conselho para fiscalizar e a Segurança do trabalho 2. solicitar programação do próximo ano a PMI, para o	Proposta Sugestões
UR 9/I	17 partic.		

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

Nº DA UR. / DATA	Nº DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
11/11/92	9/I-1	Presidente propõe discutir e aprovar emendas do plano de saúde	Proposta
	9/I-2	Presidente explana sobre mudanças que estão ocorrendo no governo brasileiro e possíveis benefícios para as áreas sociais	Esclarecimentos
	9/I-3	Plenário propõe que na próxima reunião sejam estabelecidas prioridades para o plano de saúde, o que foi aprovado por unanimidade	Decisão
	9/I-4	(representante dos profissionais de saúde) propõe que espaço físico da APAE seja transformado em Centro de Triagem para Deficientes, atuando com equipe técnica da secretaria de saúde	Proposta
	9/I-5	Outras sugestões: quebrar o monopólio do Hospital, o Serviço de saúde mental deveria dar suporte aos postos de saúde da rede; descentralizar atendimento aos alcoolistas; rede de saúde deve ir ao encontro dos problemas de saúde e não esperar que os pacientes os tragam	Sugestão
	9/I-6	Justificativa de falta de um conselheiro	Esclarecimento
06/07/94	19/I-1	Apresentação de profissionais de saúde envolvidos com A DST/AIDS em nível federal e local	Comunicação
	19/I-2	Leitura da correspondência enviada pelo Secretário ao Hospital comunicando decisão do Conselho e convidando direção a comparecer no conselho	Comunicação
	19/I-3	(representante dos serviços privados) justifica ausência da direção. Explica implantação do horário de visitas e implantação de crachás	Esclarecimento
	19/I-4	Diz que com implantação de crachás fica impraticável a visitação diária	Esclarecimento
	19/I-5	(representante dos usuários) solicita que se deixe o processo correr na Promotória	Proposta
	19/I-6	Diretora do Depto de Vigilância epidemiológica fala sobre viés na pesquisa sobre DST/AIDS(feita por acadêmicas da Faculdade de Enfermagem) referida anteriormente	Esclarecimento
	19/I-7	Mesma diretora posiciona-se contra exames de rotina pelo alto custo financeiro e das dificuldades dos clientes aceitarem ou não a realização	Posicionamento

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da at, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

N° DA UR. / DATA	N° DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	19/I-8	Representante do Ministério da Saúde sugeriu nova pesquisa com metodologia mais adequada - clientes não identificados, não sabem do resultado	Sugestão
	19/I-9	Representante do Ministério "demonstrou" ser contra HIV de rotina	Posicionamento
	19/I-10	Médico do Programa DST/AIDS em Itajaí diz que normas do Ministério devem ser adaptadas à região, talvez até a necessidade de se fazer teste HIV de rotina caso se confirma um alto índice de contaminação	Posicionamento
	19/I-11	Houve discussão entre os presentes e Surgiram sugestões como: capacitar profissionais; buscar recursos para custear testas,; criar maneiras diferentes de submeter pacientes à interrogatório, etc.	Discussão
	19/I-12	(representante dos usuários) sugere agilizar capacitação de pessoal	Sugestão
	19/I-13	Secretário discorre sobre os encaminhamentos feitos em relação ao Pronto socorro municipal	Comunicação
	19/I-14	Técnico da Secretaria de Saúde discorre sobre a estrutura necessária p/ montagem de um Pronto socorro e não considera prioridade sua construção em Itajaí. Acha importante melhorar a estrutura que já existe	Esclarecimento/p osicionamento
	19/I-15	(representante dos usuários) reforça que a prioridade é expandir a rede de postos de saúde. Sugere readaptação da estrutura já existente e capacitação dos profissionais	Destaque
	19/I-16	Presidente disse que estudará assunto e se empenhará em melhorar estrutura existente	Posicionamento
	19/I-17	(representante dos serviços privados) faz "mea culpa" - expressou-se mal - queria mesmo era pronto atendimento e não pronto socorro	Esclarecimento
	19/I-18	(representante dos usuários) alega que não está se fazendo "diagnóstico em saúde", conferências ou qualquer discussão com a comunidade em busca de soluções p/ a saúde. Desde a última conferência nacional que não se parou para discutir.	Denúncia
	19/I-19	Secretário acata crítica	Posicionamento
	19/I-20	Secretário comunica que convidou um profissional que trabalha na regional de saúde que na próxima reunião explicará seu funcionamento	Esclarecimento

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

Nº DA UR. / DATA	Nº DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	19/I-21	Secretário lê correspondência recebida do sindicato dos motoristas isentando-se da culpa que lhe foi imputada e dizendo que atende a todos sem discriminação	Esclarecimento
	19/I-22	(representante dos usuários) chama a atenção que outros sindicatos poderão reivindicar acordos idênticos- e ilegais como este	Destaque
	19/I-23	(representante dos usuários) lembra que esta é a última reunião do conselho com esta composição e os trâmites necessários para indicação de novos conselheiros	Esclarecimento
	19/I-24	Pauta: - regionalização da saúde	Pauta
UR 20/II	12 presentes		
01/02/95		Conselho com nova composição	
	20/II-1	Secretário traz equipe de trabalho para relatar o que foi feito e o que pretende fazer em 95	Comunicação
	20/II-2	Equipe da secretaria de saúde diz que modelo municipal de saúde é curativo qdo deveria ser preventivo, mas que a rede de saúde de Itajaí é muito boa	Esclarecimento
	20/II-3	Secretário afirma que sua intenção não é ampliar a rede mas melhorar a qualidade de atendimento dos usuários	Esclarecimento
	20/II-4	Distribuição e Apresentação do relatório de gestão (financeiro? Parece que não) 93/94 para o conselho, visando aprovação do município para gestão semi-plena e receba mais 20% no orçamento	Proposta e explicação
	20/II-5	Conselheiro Paulino, representante dos servidores municipais pede "voto de confiança" para o conselho aprovar o relatório que só visa beneficiar a saúde pública do município	Solicitação e explicação
	20/II-6	Votação - aprovado o relatório com 9 votos	Decisão
	20/II-7	Secretário entrega cópias do balancete para que seja aprovado	Providência
	20/II-8	(representante dos serviços privados), propõe que monte equipe para analisar balancete	Proposta
	20/II-9	Proposta foi aceita por unanimidade e foram escolhidos tres conselheiros para formarem a equipe:	Decisão
	20/II-10	Pauta: aprovação do balancete anual Assuntos gerais	Pauta
UR 37/II	13 partic.		

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

N.º DA UR. / DATA	N.º DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
11/11/96	37/II-1	Convite para que conselheiros participem de reunião com prestadores	Comunicação
	37/II-2	Questionamento da comunidade de Cordeiros sobre o por quê do fechamento do Laboratório B.	Questionamento
	37/II-3	Secretário responde que houve problemas sanitários e a secretaria o fechou por "falta de condições técnicas"	Esclarecimento
	37/II-4	(representante dos serviços privados denuncia que Prefeito abrirá na próxima gestão/ laboratório que não faz parte da Associação de Laboratórios da AMFRI/ laboratório não tem controle de qualidade/ daqui a dois anos laboratórios deverão adequar-se aos padrões do inmetro	Denúncia
	37/II-5	(representante dos usuários) solicita que conselheiros controlem as condições do Laboratório B. p/ que não seja aberto sem condições	Solicitações
	37/II-6	Secretário chama atenção p/ a NOB/97 e diz que conselheiros a devem conhecer melhor / gestores municipais e estaduais atuariam no mesmo nível o que não vem sendo respeitado/ mudança no nome das gestões/ gestão integrada e pactuada em saúde - programa para gerar verbas/ nob está à disposição do conselho p/ xerox	Destaque
	37/II-7	Secretário tem acompanhado quadro de despesas da secretaria e o coloca à disposição para análise	Esclarecimento
	37/II-8	Tem a planilha dos prestadores em mãos mas não a coloca à disposição do conselho por uma questão "ética"/houve polémica	Discussão
	37/II-9	Alguns conselheiros se opõem dizendo que conselho é ético e é seu papel fiscalizar	Crítica
	37/II-10	(representante do serviço privados) diz que não importa quanto o colega recebe, mas sim quanto de verba vem p/ o município e o percentual de ICMS destinado à saúde	Posicionamento
	37/II-11	(representantes dos profissionais de saúde e dos usuários) falaram sobre o trabalho da comissão de auditoria das finanças que não conseguiu concluir os trabalhos porque duas reuniões foram desmarcadas/ estão analisando notas de todo o ano e montando planilha p/ que todos entendam	Comunicação
	37/II-12	(representante dos profissionais de saúde) pede ao (representante dos serviços privados) que relate o que viu duante os trabalhos	Solicitação

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

N° DA UR. / DATA	N° DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	37/II-13	(representante dos serviços privados) diz que culpados por gastos da secretaria são o autorizadores de exames do PAM que o fazem aleatoriamente/ por ex. secretaria tendo cardiologistas e eletrocardiografo não justifica pagar este serviço no setor privado	Crítica
	37/II-14	Secretário acha pertinente essa colocação pois é necessário economizar na área curativa e investir na preventiva	Posicionamento
	37/II-15	Secretário justifica que Secretaria não teve condições de auditar pq os auditores encontravam-se em treinamento p/ a semi-plena	Esclarecimento
	37/II-16	(representante dos profissionais de saúde e representante dos usuarios) relataram ainda irregularidades nas contas como: <ul style="list-style-type: none"> • construção feita em cima de reforma e sem carta-convite • compra de mais uma ambulância • compra de medicamentos em farmácias • notas com um produto citado 2 vezes • despesa com rádio e jornal quando as noticias são de utilidade públicas pública • 56000 de gastos com gráfica • passagens e hospedagem do secretário em Cuba 	Comunicação
	37/II-17	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário considera a auditoria uma das coisas mais importantes e diz que ele mesmo se auto-auditora e se justifica: • construções: havia necessidade da construção de almoxarifados, depto de transporte e manutenção fundo e planejamento e escola de saúde pública/ a carta-convite foi feita p/ mão de obra; na compra do material a licitação foi feita no pr'prio comercio • medicamentos: são de 2 tipos: para a rede e para os carentes/ nem todo gasto com farmácia quer dizer compra de medicamentos/ diz que desde que assumiu não deixou falar medicamentos na rede • necessidade de rede de informática – gastos na manutenção de 9 computadores • compra da Kombi: se penencia se não passou pelo conselho mas não colocaria em risco a vida de pessoas que vão diariamente a fpolis num carro velho de 5 anos de uso • gastos com jornal e rádio: fazem ampla divulgação dos trabalhos da saúde, principalmente em épocas de campanha • ida à Cuba: foi a um congresso buscar subsidios para o Programa de saúde da família. 	Esclarecimentos

Unidade de Referência –nomenclatura dada às atas pela pesquisadora, acrescida de algarismo arábico para o número de ordem da ata, seguida de algarismo romano que se refere à 1ª ou 2ª gestão

Nº DA UR. / DATA	Nº DE PARTICIPANTES	NORMALIZAÇÃO	CODIFICAÇÃO
	37/II-18	(representante dos usuários) diz que ouvinte da rádio Clube e nunca ouviu tais anúncios/ questiona o porque	Crítica
	37/II-19	Secretário diz que a diz que a Rádio D. que divulga notas, o faz em cima de jingles p/ as campanhas/ além disso a Rádio C. chama o prefeito "disto e daquilo"	Esclarecimento
	37/II-20	(representante dos usuários) diz que a "saúde não tem partido político"/houve polêmica	Crítica
	37/II-21	(representante dos profissionais de saúde) questiona secretário porque o secretário não consultou o conselho para autorizar viagem à Cuba, já que utilizou o dinheiro do fundo municipal de saúde	Questionamnto/ crítica
	37/II-22	Secretário diz que prefeito autorizou e se penitencia de não ter pedido ao conselho/ passagens da esposa foram pagas p/ ele	Esclarecimento
	37/II-23	Secretário reclama do conselho tê-lo encostado na parede por causa de uma averiguação superficial/ a análise com mais critério vai acabar esclarecendo	Crítica
	37/II-24	Secretário diz que o conselho é apartidário e gostaria que a comissão tivesse muita "ética" - "não gostaria que as coisas vazassem"	Solicitação
	37/II-25	Plenário diz que COMUSA é idôneo e ético e que não abriria	Posicionamento
	37/II-26	(representante dos profissinais de saúde) pede comprovantes das contas/ diz que conselho esteve adormecido e que o secretário oportunizou que despertasse/ conselheiros devem ter acesso a todos os documentos	Solicitação
	37/II-27	Pauta: aprovação das contas em 15 de janeiro de 97	Pauta