



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica em Saúde - ICICT**

Curso de Especialização em Comunicação e Saúde

**AS PRÁTICAS COMUNICATIVAS DOS CONSELHOS DE
SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE**

Orientador

Dr. Valdir de Castro Oliveira

Aluna: Claudia da Silva Souza

Rio de Janeiro

Dezembro - 2009



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

AS PRÁTICAS COMUNICATIVAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE

por

CLAUDIA DA SILVA SOUZA

Projeto de Pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientador: Valdir de Castro Oliveira, Doutor em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo.

**Rio de Janeiro
Dezembro - 2009**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Gilberto e ao meu filho Enzo, pela compreensão, apoio, paciência e estímulo nos momentos mais difíceis desta trajetória de crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, responsáveis pela pessoa que me transformei, pelo carinho e apoio. A Liseane Morosini pela atenção e carinho dispensados nos melhores e nos mais difíceis momentos desta jornada.

Ao Professor Valdir de Castro Oliveira pela orientação.

À Dra. Rosangela Bello pelo incentivo.

Ao Dr. Fabio Volnei Stasiaki pelo interesse em colaborar e a disponibilidade em fornecer informações pertinentes ao trabalho.

Aos Conselheiros Maria de Lourdes de Souza, do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu; Charles Gonçalves Soares, do Conselho Municipal de Japeri e Márcia Cristina Tenório Freire, do Conselho Municipal de Belford Roxo.

EPIGRAFE

'Para obter algo que você nunca teve, precisa fazer algo que nunca fez'.

'Quando Deus tira algo de você, Ele não o está punindo, mas apenas abrindo suas mãos para receber algo melhor'.

Chico Xavier

RESUMO

Claudia da Silva Souza, Rio de Janeiro, RJ, claudiass@globo.com

A proposta da pesquisa “As práticas comunicativas dos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense” é identificar as estratégias de comunicação e de informação utilizadas pelos conselheiros na efetivação da participação popular e do controle social sobre as políticas públicas de saúde. Pretende mostrar como se dá a luta pela legitimidade através do poder simbólico dos seus interlocutores e como a assimetria presente nas relações sociais interfere na participação. O objetivo que se busca explorar, através da experiência dos Conselhos de Saúde dos municípios de Belford Roxo, Japeri e Nova Iguaçu é como a comunicação e a informação resulta nas ações dos conselheiros e na efetividade do conselho. Foi realizado um trabalho exploratório de campo preliminar. Serão empregados como recursos metodológicos: observação participante, entrevistas abertas com diferentes representantes dos segmentos, elaboração de questionários sobre o conselho, inventário das formas de comunicação e informação utilizadas e consulta às atas das reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde.

Palavras-Chave: Conselhos de Saúde, participação popular, controle social, comunicação e informação.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	9
2- CONTEXTO DA SAÚDE	13
2.1 - Antecedentes históricos das políticas de saúde no Brasil	13
2.2 - A saúde na Constituição Federal Brasileira	18
3- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	22
3.1 - O processo de construção da participação social	22
3.2 - Alguns princípios dos Conselhos de Saúde, participação e controle social	29
3.3 - Os conselhos e alguns desafios	31
4- JUSTIFICATIVA	37
5- OBJETIVOS	38
6- EMBASAMENTO TEÓRICO	39
7- METODOLOGIA	49
7.1 Amostra	50
7.2 Justificativa	50
9- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	53
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1- INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, representa um marco fundamental na história da redemocratização do País. O processo traz na sua espinha dorsal o Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, e a consequente realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que definiu o arcabouço do que viriam a se tornar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Com a Constituição e a posterior aprovação pelo Congresso Nacional das Leis 8.080 e 8.142, em 1990, são redefinidas as prioridades da política de Estado, principalmente, no setor saúde. A saúde passa a ser constituída como um “direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Pela primeira vez na trajetória do Brasil, a participação social, na perspectiva do controle social, é garantida por lei, representando a expressão máxima da democracia e reafirmando as premissas do Projeto de Reforma Sanitária na efetivação do SUS. Em comparação aos programas anteriores, a nova lei garante e amplia a participação da sociedade na definição, no acompanhamento da execução e na fiscalização das políticas de saúde. Como instâncias representantes da democracia, os Conselhos de Saúde devem exercer importante papel para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde.

Nesta perspectiva, este projeto de pesquisa pretende estudar as práticas comunicativas desenvolvidas nos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense, nos municípios de Belford Roxo, Japeri e Nova Iguaçu. Com a redemocratização do País, o controle público e social – traduzido, em síntese, como a participação e a partilha do poder nos espaços decisórios – é condição fundamental neste novo cenário. E para que o controle social se efetive nestas arenas, caracterizadas pelas constantes lutas de poder através dos discursos produzidos por diversos interlocutores, a comunicação e a informação são primordiais neste jogo pela legitimidade. Nesse sentido, o projeto quer identificar as formas de interlocução praticadas nos Conselhos de Saúde entre os distintos atores sociais ali representados, observando suas consequências no cotidiano, nas ações dos conselheiros e na efetividade do conselho.

Para realização do projeto foi realizado um trabalho exploratório de campo, por meio de entrevistas com conselheiros representantes de distintos segmentos, com o objetivo de se conhecer, minimamente, as relações de poder ali estabelecidas por meio da comunicação e da informação. Não foi possível neste trabalho de campo, por motivos diversos, participar das

reuniões plenárias dos conselhos, o que possibilitaria trazer com maior riqueza a realidade destes cenários.

Mesmo após a luta no processo de reforma sanitária brasileira e a promulgação da Constituição Federal do Brasil, que regulamenta a participação social, ainda hoje os Conselhos Municipais de Saúde encontram dificuldades na prática comunicacional entre seus membros, configurando ainda como enormes desafios no processo de produção e circulação dos seus discursos. E as razões são inúmeras, desde a falta de capacitação técnica e política dos conselheiros para ocupar espaços de proposição e negociação das políticas públicas de saúde, escassez de recursos e infra-estrutura para o funcionamento do conselho, bem como os obstáculos impostos pelos próprios gestores, como a falta de transparência na apresentação de relatórios e o uso de linguagem demasiadamente técnica.

Abordando o referencial teórico do exercício do poder simbólico, conceito central da obra de Pierre Bourdieu, o projeto quer mostrar de que forma a comunicação é negociada nestas arenas caracterizadas por disputas e embates, onde os discursos nem sempre são convergentes e a luta travada é pela legitimidade dos seus interlocutores. Isso quer dizer que o poder simbólico de uma pessoa ou instituição se reflete no processo de produção e circulação dos seus discursos e, conseqüentemente, na sua legitimidade. Nesse sentido, busca-se evidenciar como o poder simbólico interfere diretamente na interpretação da realidade, conduz as políticas públicas para atender aos interesses dos gestores e estabelece a relação entre seus membros.

A descentralização da gestão e a ampla disseminação dos Conselhos de Saúde por todo o País não garantem a participação popular, como apontam alguns estudiosos (CARVALHO, 1997). Além disso, a significativa representação dos usuários dos serviços de saúde dentro dos Conselhos de Saúde também não legitima a voz do cidadão comum, representando muitas vezes a “exclusão” de muitas vozes, dada a assimetria presente nas relações sociais entre os diferentes atores que ali atuam, determinando o avanço e limite das práticas comunicacionais e, conseqüentemente, da participação social enquanto controle social (OLIVEIRA, 2006).

A problematização de três eixos temáticos – comunicação, informação e participação – revela a estrutura de funcionamento dos Conselhos de Saúde, suas deficiências, obstáculos, convergências e divergências. Os conceitos de comunicação e informação, embora não sejam necessariamente divergentes, na prática revelam diferenças fundamentais e servem para distintos propósitos quando aplicados por profissionais da comunicação ou da saúde (OLIVEIRA, 2000). A comunicação como processo horizontal de comunhão e

compartilhamento alinha-se aos propósitos da participação. Ao contrário, a comunicação por meio da informação, limita-se a dar conhecimento a alguém sobre alguma coisa, levando à hierarquização da relação, atrofiando a participação, ou seja, o controle social, na arena de debates e decisões. Se as relações sociais são relações de poder que se estabelecem a partir da comunicação, sem o domínio dessas práticas o controle social não se efetiva.

Nesta perspectiva, a teoria da produção social de sentidos é fundamental para explicar que os discursos, como bens simbólicos, são produzidos, circulam e são consumidos pelas comunidades discursivas. Enquanto comunidades discursivas no campo da saúde, os Conselhos de Saúde e conselheiros são produtores, circuladores e receptores de sentidos. Nesse espaço essencialmente polifônico e heterogêneo, os sentidos circulantes são negociados numa disputa contínua pelo poder. (ARAÚJO, 2000 e 2001).

Para possibilitar um melhor entendimento e dar uma maior abrangência sobre o tema, o presente projeto também pontua alguns antecedentes históricos das políticas de saúde no Brasil, a constituição do Movimento de Reforma Sanitária e seus reflexos na Constituição Federal, de 1988, especificamente no capítulo da Saúde, passando pelo processo de construção da participação social, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

A partir desta primeira análise e dos desafios que ora se apresentam no decorrer deste projeto de pesquisa, algumas questões se tornam centrais neste estudo. Sabendo que a comunicação e a informação são inerentes a qualquer processo de participação e controle social, em que medida os conselhos analisados se valem desses instrumentos para cumprir suas funções? Sendo os Conselhos de Saúde uma verdadeira arena social (onde se estabelecem as relações simbólicas), como se manifestam as relações de poder e de que maneira elas verticalizam a comunicação social? Qual o modelo comunicacional mais presente nestas arenas e de forma ele determina o avanço ou limite do controle social e contraria os princípios da participação social?

O que se objetiva ao analisar e identificar as estratégias de comunicação e informação utilizadas nos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense é conhecer de que maneira refletem nas ações dos conselheiros na perspectiva do controle social. Saber como são apropriadas pelos conselheiros no exercício das suas atividades, ou se são reflexo de um modelo comunicacional vertical e centralizador. Enfim, o que se pretende é revelar se os conselhos são de fato uma instância de participação e de controle social, ou se são apenas espaços inócuos e esvaziados de poder político capaz de transformar as políticas públicas de saúde.

O projeto justifica-se pela carência de pesquisas que investiguem o processo de comunicação e informação estabelecido nos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense e, nesta perspectiva, de que maneira se estabelece a relação entre os diferentes atores sociais ali representados e, conseqüentemente, que reflexo isso traz no avanço do Sistema Único de Saúde. Além disso, não se conhece, empiricamente, os limites e alcances dos conselhos, bem como se existem desconpassos entre as propostas das conferências nacionais e regionais em termos de comunicação e informação e a prática dos conselhos que se pretende estudar.

2 - CONTEXTO DA SAÚDE

2.1 - Antecedentes históricos das políticas de saúde no Brasil

O período da Primeira República (1889-1930) é marcado pela total centralização de poder na esfera federal de onde eram elaboradas as principais e únicas ações de saúde para toda a população. Neste contexto, se destaca o ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, Oswaldo Cruz, como diretor geral de Saúde Pública do Brasil, que organiza e adota o modelo das ‘campanhas sanitárias’, com a finalidade de combater as epidemias urbanas e, posteriormente, as endemias rurais. Inspirado no modelo americano, esse modelo utilizava a força da autoridade, no caso representado pela intervenção médica, desconsiderando a participação ou o diálogo.

O modelo de política de saúde adotado no início do século XX deixa claro suas principais características, segundo Madel T. Luz (2000, p. 293-312): “unitário, vertical, centralista, concentrador de poder, característico da jovem república em poder.”

Realizado por grupos médicos oriundos da oligarquia de origem agrária, o modelo campanhista estabelecia a intervenção médica direta sobre o corpo do indivíduo, com o principal objetivo de manter a hegemonia econômica da época, através da mão de obra livre de doença.

Segundo ainda Luz (2000, p. 293-312), “na República Velha o financiamento das políticas de saúde se estabelece de forma concentrada, voltado principalmente para ações emergenciais, desconsiderando qualquer projeto básico de saúde que levasse em consideração os determinantes das próprias epidemias e endemias.”

Já Serra e Rodrigues destacam que as primeiras iniciativas na área da saúde pública, na 1ª República, situaram-se no campo do saneamento e na criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões – Caps. (SERRA e RODRIGUES, 2007).

Fruto do projeto de lei do deputado Eloy Chaves, o atendimento das demandas da previdência e da saúde era viabilizado pela contribuição prévia por parte dos trabalhadores e empregadores. A política de saúde desenvolvida pelas Caps iniciou o processo de contratação de serviços de saúde privados no País.

No Estado Populista (dos anos 30 aos anos 50), para atender a força da economia agro-exportadora, o modelo de política pública de saúde se modifica e, a fim de controlar as pressões exercidas pelos trabalhadores urbanos formalmente empregados, considerados

essenciais para a economia, é desencadeado o processo de transformação das Caps nos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs) organizados em diversas categorias profissionais. Desta forma, os trabalhadores rurais e informais permaneciam excluídos dos benefícios de saúde e previdenciário.

Assim nasceram os institutos dos ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos. A partir daí, todo o aparelho assistencial médico-hospitalar é construído com contribuições dos profissionais vinculados aos institutos. Alguns institutos eram mais fortes, pois concentravam mais recursos e, conseqüentemente, dispunham de melhor aparato médico-hospitalar para seus trabalhadores. A assistência era individual e todo serviço de saúde existente era prestado pelo setor privado que, ao longo do período, se capitalizou. As decisões no período populista permaneceram verticalizadas e centralizadas na esfera federal.

O regime populista da Era Vargas também se caracterizou pelo clientelismo. Tal prática, aos poucos, se apoiou nos sindicatos que passaram a elaborar regras específicas alinhadas aos interesses do Estado. A partir daí, o Estado iniciou um controle dos processos de eleição, seleção e formação desses dirigentes, influenciando significativamente a dinâmica de gestão e participação nessas organizações que passaram a ser orientadas pelos interesses políticos e econômicos do Estado.

Com a forte presença do Estado nas estruturas dos Iaps, as receitas provenientes das contribuições dos trabalhadores e dos empregadores passaram a ser controladas pelo governo federal, responsável pela transferência para os Iaps. De acordo com Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique Rodrigues (2007), “a gestão financeira do sistema previdenciário era baseada no regime de capitalização, havendo a obrigação de formação de reservas financeiras para garantir as futuras aposentadorias e pensões (fundo de garantia).”

Simultaneamente ao investimento pesado na instituição privada, “o Estado detentor dos recursos oriundos dos Iaps, começa a investir em projetos sem garantia de retorno, como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (CHESF), a Fábrica Nacional de Motores (FNM) e a Viação Férrea Federal Leste Brasileiro.” (SERRA e RODRIGUES, 2007). Esse processo resultou no desfinanciamento do sistema de saúde e na crise da previdência social.

No período democrático (1945-1964), houve a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Neste período, a política de saúde ainda é fortemente orientada para o setor privado, a fim de garantir os interesses políticos econômicos do Estado.

Na medida em que os institutos crescem, aumenta a demanda pela assistência médica, fortalecendo a estrutura privada e enfraquecendo cada vez mais o financiamento do sistema previdenciário. Paralelamente, a elevação no número de aposentados e pensionistas contribui também de forma significativa para o aumento das despesas. Neste contexto, inclui-se a ausência de contrapartida da União e o aumento da inadimplência do recolhimento das empresas. Com a uniformização dos benefícios, em 1960, decorrente da Lei Orgânica da Previdência Social, os obstáculos se agravam.

Durante o governo militar, há a total centralização das políticas de saúde na esfera federal e um enorme fortalecimento da privatização da saúde. Com a crise instalada da assistência médico-hospitalar e utilizando como argumento a “racionalização e o saneamento financeiro do sistema” é estabelecida a unificação dos Iaps no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Este regime administrativo financeiro se apoiava na crescente parcela produtiva da população (adultos ativos superando número de idosos) e no incremento constante da economia. Conseqüentemente, a economia geraria os empregos necessários para manutenção da previdência, que também mantinha a prestação da assistência à saúde. Na política de saúde pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde, pode-se observar uma continuidade das ações de saneamento, imunização e controle de vetores.

Na década de 70, o governo militar dá um primeiro passo no sentido da universalização do acesso às aposentadorias, pensões e assistência médica. Neste novo grupo de beneficiários, incluem-se os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e, posteriormente, os trabalhadores autônomos. Para garantir a prestação dos serviços médicos para estes novos grupos e ainda possibilitar aos brasileiros o acesso aos serviços de urgência e emergência, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974. Mais uma vez, o Estado investe o recurso público no setor privado de forma significativa com o propósito de dar conta da conjuntura instalada de enorme desigualdade.

Para garantir o financiamento, o governo cria mecanismos baseados em recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), gerido pela Caixa Econômica Federal (SANTOS, 1994, apud SERRA e RODRIGUES, 2007). Na medida em que se avançava a cobertura dos serviços médicos privados, aumentavam as críticas ao sistema, que mantinha como principais características a exclusão, centralização, privatização e desintegração.

Em 1977, foi criado pela Lei Nº 6.430 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que se desdobrava nos seguintes institutos: INPS;

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas). (SERRA e RODRIGUES, 2007).

A criação do Inamps foi de fato mais uma tentativa de expandir a atenção médica no Brasil, mas seguindo uma premissa excludente, onde o acesso permanecia garantido somente aos trabalhadores e empregadores, por meio da contribuição obrigatória. A grande maioria da população, que se encontrava fora do mercado de trabalho formal, ficava ainda sem acesso à previdência e à saúde.

Com o término do período denominado ‘milagre econômico’, a partir de 1980, a crise do financiamento da previdência se aprofunda. O Inamps, responsável pela sustentação financeira da atenção médica, enfrenta a redução drástica das receitas e a ampliação da procura por serviços de saúde. Surge a ‘era da medicalização’ como forma de reduzir os efeitos da crise conjuntural. Neste contexto, a indústria farmacêutica se fortalece e a demanda pelo serviço médico aumenta.

No final da década de 70 e início dos anos 80, período conhecido como a “década perdida” (CORTES, 2002, p. 22), caracterizada pelo quadro econômico que combinava altas taxas de inflação e crescimento econômico negativo ou muito reduzido. Paralelamente ao declínio do desenvolvimento econômico e mudança no cenário político do País, o movimento de contestação, formado pela sociedade civil organizada – sindicatos, associações de moradores, trabalhadores rurais, movimento dos sem terra, profissionais da saúde, dentre outros – ganha cada vez mais força e surgem movimentos sociais que defendem como tema central a ‘saúde’. A luta pela ‘saúde’ trazia a reboque outras questões tão importantes, como habitação, transportes, educação, emprego, etc. Esses movimentos tinham como ponto central de luta a oposição ao militarismo. Pode-se dizer que a influência internacional da Conferência Internacional de Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, foi decisiva na reformulação do sistema de saúde brasileiro.

No fim dos anos 70 e início dos anos de 80, com o agravamento das desigualdades sociais e o enfraquecimento do regime autoritário os movimentos sociais ganham força e o debate pela redefinição do sistema de saúde se intensifica. Nesse período, os movimentos sindicais na área da saúde emergem e a criação de algumas entidades, como do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, se destacam neste cenário de mudanças. O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado no Brasil nos anos 70, é resultado de uma convergência de interesses que envolveu distintos sujeitos sociais, como movimentos

populares, trabalhadores de saúde, usuários, intelectuais, profissionais de saúde coletiva, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, políticos. Nesse processo as questões corporativas desses grupos foram superadas no sentido de se avançar na busca de uma nova ordem societária (Ministério da Saúde, 2007).

Com a redemocratização, em 1985, atores do movimento sanitário assumem cargos fundamentais na estrutura do sistema nacional de saúde, o que originou alterações significativas das políticas até então vigentes. É criado, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), com a proposta de promover a descentralização repassando ações e recursos para os estados. E, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi o momento auge desse processo de construção da universalização da saúde. Presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, a 8ª CNS contou com a presença de mais de 4 mil pessoas e é considerada um marco na política de saúde do Brasil, pois ali nasceram os princípios e as diretrizes do que viria a se chamar Sistema Único de Saúde - SUS.

Pode-se dizer que a principal iniciativa vitoriosa do movimento foi, sem dúvida, a articulação da abertura para a sociedade na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, e a mobilização em torno da defesa das teses da Reforma Sanitária tanto na conferência quanto na assembleia nacional constituinte. A VIII CNS foi a primeira, na história das conferências de saúde, a contar com a participação de representantes da sociedade e a ser precedida por pré-conferências estaduais (SERRA e RODRIGUES, 2007).

Podemos concluir que na trajetória das políticas de saúde no Brasil, o Estado sempre representou um papel controlador, centralizador e concentrador de poder e recursos financeiros. A política econômica, sempre orientada pela política internacional, aprofundou as desigualdades, resultando no surgimento do Estado intervencionista, com o propósito de ‘corrigir’ ou ‘minimizar’ os erros do capitalismo. A política de saúde compensatória se firmou como uma prática em prol do crescimento do País e, tomando a afirmação feita por Madel T. Luz, (1991, p.77) “as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sociopolítica brasileira”, mas mantendo o *status quo* das estruturas de poder.

Ainda neste contexto, considerando a compreensão de Eugênio Vilaça Mendes (1996, p. 57-96) de que “o Sistema Único de Saúde é um processo em construção”, fica claro entender que o SUS é um processo social iniciado muito antes da Constituição de 1988 e que permanece em edificação. É um sistema que traz na sua estrutura dorsal questões de cunho

político, tecnológico e ideológico, além de acrescentar a diversificação dos ambientes sociais do nosso País. Para Eugênio Vilaça Mendes (1996, p. 57-96): “Reformas sociais, em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários”.

2.2 - A saúde na Constituição Federal Brasileira

A promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, representa um marco fundamental para o setor saúde, definindo-o como setor de relevância pública, ficando o Estado obrigado a garantir, independente de demanda, as condições básicas necessárias ao atendimento à saúde da população em todos os níveis de complexidade. Significa dizer que a saúde passa a ser um bem prioritário e uma condição para que os indivíduos possam ter uma vida digna e produtiva.

Até a Constituição de 1988, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Desta forma, o sistema de saúde era organizado a prestar à população uma assistência médica curativa. Havia, então, predominância do atendimento médico individual e hospitalar. As ações de saúde pública, conhecidas como ações preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, salvo em casos de epidemia ou catástrofe.

Com a Constituição, de 1988, a saúde passa a ter um novo conceito, expresso no seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Este novo significado passa a exigir um olhar mais ampliado do conceito saúde, interferindo diretamente na reestruturação do sistema e na prestação dos serviços. Nesta perspectiva, o conceito saúde passa não só a considerar as causas biológicas da doença (vírus, bactérias, fungos, dentre outros), mas, sobretudo, inclui outras causas, as sociais, como a falta de saneamento básico, a ausência de emprego, a fome, a falta de escolaridade, ou seja, os determinantes das condições de vida e trabalho da população.

A Lei 8080/90, define em seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único - Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

O reconhecimento dos determinantes sociais das doenças leva ao enfrentamento das questões da saúde sob uma nova lógica, exigindo o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, bem como a elaboração de estratégias que venham erradicar as causas sociais das doenças.

A Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde, resultado da luta denominada Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciada em 1970, apresenta a saúde como um bem de direito de todo cidadão brasileiro, independente da sua situação econômica e social.

Anteriormente, o sistema de saúde vigente no País garantia somente aos trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, o acesso aos serviços de saúde, não tendo caráter universal. A assistência pública à saúde, naquela época, era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o extinto INAMPS. Os trabalhadores sem carteira assinada, mas que possuíam recursos para pagar, eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação, custeavam todo o atendimento hospitalar. No contraponto, para os pobres e excluídos do mercado de trabalho e da própria sociedade, restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou nos postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários.

É neste cenário de enormes desigualdades onde o SUS é concebido com o firme propósito de universalizar o acesso ao atendimento, tornando-o obrigatório e gratuito a qualquer pessoa.

Ao definir o Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, define:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social¹, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Como sistema público, o SUS é destinado a todo cidadão e financiado com recursos arrecadados por meio dos impostos pagos pela população. Integram este sistema os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros e também fundações e institutos de pesquisa, como por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz.

A partir do SUS, a participação do setor privado poderá se estabelecer em caráter complementar, através de contratos e de convênios de prestação de serviços ao Estado, com o propósito de garantir a assistência à saúde necessária para toda a população em todos os níveis de complexidade, principalmente, em regiões desprovidas de rede pública.

Após a Constituição as Leis 8080/90 (de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 (de 28 de dezembro de 1990) regulamentam o SUS e fornecem as bases operacionais para o seu funcionamento. A Lei Federal 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, enquanto a Lei Federal 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Entre os princípios (Lei 8.080/90, art. 7º) que dão uma nova dimensão de qualidade a esses serviços, destacam-se: universalidade – todas as pessoas, sem exceção, têm direito aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência – a assistência à saúde deve ser pautada por conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; direito à informação – os usuários do sistema devem ser informados sobre sua saúde/doença; divulgação de informações – quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; participação da comunidade – a população passa a participar na definição e fiscalização das políticas de saúde; descentralização político-administrativa – com direção única em cada esfera de governo, é viabilizada pela municipalização, transferindo-se recursos e poder de decisão às esferas locais. A descentralização (art. 198) deve ser exercida sob direção única, em cada esfera de governo, da seguinte forma: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

¹ A seguridade social, também uma criação da Constituição Federal de 1988, "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social." (Artigo 194 da CF/88).

no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei faculta aos municípios a constituição de consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Os consórcios administrativos intermunicipais devem obedecer também o princípio da direção única.

Na Lei 8142/90 é estabelecido que o SUS contará com duas instâncias colegiadas de controle social: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

3 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

3.1 - O processo de construção da participação social

Observando toda a trajetória do País, podemos considerar o Programa das Ações Integradas de Saúde, criado em 1984, ainda sob o regime militar, como o primeiro passo para a constituição da participação comunitária, por meio das Comissões Interinstitucionais Municipal e Local de Saúde. O Programa é criado estrategicamente pelo Governo com a finalidade de diminuir os custos do sistema previdenciário, bastante elevados durante a década de 70 (CORTES, 2002, pg. 31). Os recursos passavam a ser transferidos da previdência social para os governos estaduais e municipais que aderissem ao programa. A descentralização viabilizaria a melhora na rede de prestação de serviços nos três níveis de governo. Nesta perspectiva, foram criadas as comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública, com o propósito de facilitarem a integração das propostas dos provedores públicos de serviços.

Essas comissões foram denominadas, respectivamente, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, ao contrário das duas últimas que previam o envolvimento de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local (Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984, pg. 8). Essas comissões, com exceção das regionais, se instituíram como importantes fóruns de debate no segmento.

Caberia às comissões municipais alocar e acompanhar a aplicação dos recursos financeiros previdenciários. Entretanto, os recursos orçamentários dos governos federal, estadual e municipal investidos nos serviços de saúde permaneciam fora do controle das comissões. Buscando maior possibilidade de participação no processo de decisão da política setorial, grupos organizados – formados pelos movimentos social e sindical, associações de moradores, sindicatos, entidades representantes de profissionais e trabalhadores da saúde –, localizados, principalmente, nas capitais e nas cidades de grande porte, exerciam forte pressão para ampliação da pauta de discussões. O empoderamento² desses fóruns era vislumbrado como possibilidade inédita de participação social nas políticas públicas de saúde.

As conferências nacionais de saúde foram fundamentais no processo de democratização do setor e, embora tenham sido realizadas oito conferências nacionais de

saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi a mais significativa e determinante no que se refere à participação popular. Realizada num contexto único, onde o País lutava pela democratização das políticas, que envolveu conflitos, embates e negociações que precederam o processo constitucional e definiram os rumos da reforma do sistema de saúde brasileiro. O seu relatório final foi instrumento essencial na elaboração do artigo 196 da Constituição Federal: “Da Saúde”. Neste momento, mais um importante avanço na história da participação social nas políticas de saúde se concretiza. A partir de então, acontecem duas conferências nacionais, em 1992 e em 1996³, precedidas pela realização de aproximadamente cinco mil conferências municipais e estaduais nos quatro cantos do Brasil. Segundo Soraya Maria Vargas Cortes, esses fóruns se destacaram pela grande capacidade de mobilização conferida através do processo de escolha dos delegados, sempre cercada por enormes disputas entre distintas entidades, como forma de garantir a presença dos seus representantes no evento.

Após a 8ª edição da conferência, e enquanto se aprofundavam as discussões para a constituição do Sistema Único de Saúde, é criado, em julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O Suds propunha a integração dos serviços prestados pela previdência à rede descentralizada de hospitais e ambulatórios das esferas estaduais e municipais. Com a transferência de recursos da previdência social, entre firmados convênios de prestação de serviços entre o governo estadual e prestadores privados. Por sua vez, a adesão dos municípios ao convênio estadual, permitia repasses financeiros à instância municipal que passava a gerenciar unidades ambulatoriais e hospitais, sejam federais ou estaduais, que se localizassem no seu território. Diante deste quadro, os reformadores do sistema de saúde brasileiro buscavam formas para que a sociedade civil passasse a ter controle sobre o sistema. O Suds abriu as comissões

² Para alterar esse quadro, alguns estudiosos e militantes da participação popular buscam no termo “empoderamento” inspiração para promover o deslocamento do poder de regiões verticais para regiões horizontais possibilitando que segmentos ou grupos sociais desprovidos de capacidade de intervenção possam intervir de maneira mais concreta e eficaz na cena pública. O conceito de empoderamento vem do termo inglês empowerment que pode ser interpretado como equivalente a dar poder ou reconfigurar o poder entre diferentes atores sociais. Utilizado junto com o conceito de participação significa, além da idéia de tomar parte, interferir, criar ou mudar as condições e as formas da participação. (OLIVEIRA, 2006).

³ A 9ª CNS, realizada em 1992, exigiu o cumprimento das leis que sustentam o SUS e a 10ª CNS, em 1996, reafirmou a universalidade, a descentralização e a gratuidade dos serviços de saúde, além de exigir a efetivação de espaços para a participação popular e controle social no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular, reforçando a presença da sociedade civil nas comissões municipais e locais.

A participação social, como expressão máxima do processo de democratização do País e na perspectiva do controle social dos setores organizados na sociedade sobre as ações do Estado, é legalizada na Constituição de 1988, conhecida também como a “Constituição Cidadã”. No Art. 198 da Constituição fica definida a participação da comunidade. Entretanto, a regulamentação desse artigo somente se efetiva com a Lei Federal nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990, garantindo e ampliando, em comparação aos programas anteriores, a participação da sociedade na definição, acompanhamento da execução e fiscalização das políticas de saúde. A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

As Conferências são fóruns amplos onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, dentre outros. São criadas como espaços de avaliação e proposição de novas diretrizes para a elaboração das políticas públicas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências são organizadas em um processo ascendente que se inicia a partir das Conferências Municipais de Saúde, realizadas a cada dois anos, seguidas das Conferências Estaduais, que também ocorrem a cada dois anos, culminando em uma Conferência Nacional de Saúde, a cada quatro anos.

As Conferências de Saúde têm seu marco histórico em 1937, quando foram instituídas as Conferências Nacionais de Educação e Saúde no primeiro governo de Getúlio Vargas. Na época, se configuravam espaços intergovernamentais, onde a participação era exclusiva às autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e às autoridades setoriais dos estados. Mesmo previstas para ocorrerem a cada dois anos, foram convocadas oficialmente somente em 1941. A primeira edição da conferência ocorreu antes da criação do Ministério da Saúde e, diferentemente das conferências mais recentes, convocadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Ministério da Saúde, quem esteve no seu comando foi o então ministro da Educação, Gustavo Capanema. Durante muitos anos as conferências nacionais não se realizaram com regularidade, não tinham papel deliberativo e somente a partir da 8ª CNS houve, pela primeira vez, uma grande participação popular.

Nas últimas seis décadas (1941-2007) foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde – CNS, como mostra o quadro a seguir. As conferências também se realizaram envolvendo contextos políticos, temários e deliberações bem distintos entre si.

Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde, ministros e presidentes da República (1941/2007)

Conferência	Data	Ministro	Presidente da República
1 ^a	06/1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2 ^a	12/1950	Pedro Calmon Moniz de Bittencourt **	Eurico Gaspar Dutra
3 ^a	06/1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart
4 ^a	08-09/1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
5 ^a	08/1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6 ^a	08/1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7 ^a	03/1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8 ^a	03/1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9 ^a	08/1992	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
10 ^a	09/1996	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11 ^a	12/2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12 ^a	12/2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
13 ^a	11/2007	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva

Segundo o Ministério da Saúde, não há registros formais da 2ª CNS, não havendo relatório da mesma. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118>. (acesso em: 23 nov. 2009).

** Fonte: disponível em <<http://www.duplipensar.net/dossies/historia-das-eleicoes/presidente-gaspar-dutra.html>>.

São nestas conferências que são eleitos, indicados ou homologados os nomes dos conselheiros que irão compor o Conselho de Saúde. Uma vez constituídos os Conselhos, eles participam da discussão das políticas e Saúde de forma independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. Ali, os conselheiros manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas, o direcionamento de recursos para diferentes prioridades e o exercício do controle social.

Estas instâncias têm caráter permanente e deliberativo, de maneira tripartite e paritária, ou seja, em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Como órgão colegiado

possui a seguinte composição: representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área como médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos, etc (25%) e do gestor (governo) e dos prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%). Além disso, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe ou representante do poder executivo legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os conselheiros representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades, comunidades ou movimentos a que pertencem, mediante ampla discussão interna ou com outras entidades e movimentos afins. Quando há concorrência para ocupação das vagas, geralmente definidas em Plenárias Populares, procede-se a eleição desses conselheiros.

Entretanto, para que um Conselho cumpra seu papel adequadamente, algumas condições são fundamentais, além das previstas pela Lei. Segundo o guia de referência para conselheiros municipais, o Conselho de Saúde precisa, acima de tudo, ser representativo e ter legitimidade. Para que o Conselho tenha representatividade o conselheiro precisa: a) atuar como interlocutor das suas bases, apresentando ao Conselho as suas demandas e retornando com as decisões, além de outras informações que forem pertinentes; b) não se distanciar da entidade ou do movimento que o indicou; c) representar e defender os interesses da sociedade, não se limitando às demandas da entidade ou movimento que representa, ou seja, o conselheiro precisa ampliar o seu espaço de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Já a legitimidade se refere ao respaldo político que um conselheiro ou uma decisão adquire junto à sociedade e as suas bases por representar, de fato, os interesses da coletividade. Um Conselho ou conselheiro que tenha legitimidade é um Conselho ou conselheiro que tem o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento que representa.

Nesta perspectiva, a possibilidade de ter legitimidade no controle social implica em algumas condições primordiais definidas no guia de referência para conselheiros municipais de saúde: a autonomia, a organicidade, a permeabilidade, a visibilidade e a articulação.

O Conselho deve ser autônomo, ou seja, deve ser dotado de condições básicas administrativas, financeiras e técnicas para o exercício das suas atividades. Deve ter espaço físico, pessoal técnico e administrativo e, acima de tudo, recursos financeiros garantidos no orçamento das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

A organicidade é outra característica importante do Conselho e se refere à frequência de realização das reuniões, acompanhamento da presença dos conselheiros nas reuniões,

planejamento e definição de uma infra-estrutura para a realização dos encontros, etc. Um dos principais instrumentos que estabelecem a organicidade dos Conselhos é o seu Regimento Interno, que orienta quanto aos processos de apresentação de pautas, discussão, votação e encaminhamentos próprios da atividade dos conselheiros.

O Conselho que tem permeabilidade é aquele que já viabilizou um canal de recepção das demandas sociais e está, portanto, atento às demandas de saúde emergentes nas comunidades locais. Estas necessidades deverão pautar as discussões do Conselho que, por sua vez, irá propor ações que deverão, num primeiro momento, ser negociadas e, finalmente, executadas pelas Secretarias de Saúde.

Os Conselhos de Saúde também devem dar transparência as suas ações e propostas. Neste sentido, devem criar canais de comunicação junto à sociedade com a finalidade de prestar contas dos seus atos. Daí, a importância da elaboração de boletins informativos, bom relacionamento com os meios de comunicação locais, além de outros mecanismos, como forma de garantir a visibilidade.

Outro ponto estratégico para o bom desempenho do Conselho de Saúde é a sua capacidade de articulação não somente junto a outros Conselhos (municipais, estaduais e nacional), mas também junto aos Conselhos de outras áreas sociais. Essa parceria ganha ainda mais força quando extrapola o campo da saúde, alcançando outras instâncias, como as Câmaras de Vereadores, as Assembleias Legislativas, outros movimentos afins e o Ministério Público. Essas relações tendem a fortalecer o próprio Conselho e, conseqüentemente, reunir forças na defesa dos interesses da sociedade.

Sobre a atuação do Ministério Público na construção do Sistema Único de Saúde, vale destacar:

Também os conselhos devem ser articular com outras instâncias de controle social, como o Ministério Público, com base na premissa de que ele é um órgão da Administração Pública responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais e, neste sentido, pode ser considerado um importante aliado na construção do SUS, uma vez que tem competência jurídica para garantir o pleno cumprimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo também um importante interlocutor nas discussões sobre o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho.

No início da década de 1990, a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS – que configuram parte do conjunto de leis do Sistema Único de Saúde – foi essencial no

processo de descentralização da gestão dos serviços e no que se refere aos repasses financeiros entre as esferas de governo. Até hoje, foram formuladas três NOBs (1991, 1993 e 1996), resultado de amplas discussões e negociações entre representantes dos governos federal, estadual e municipal e Conselhos de Saúde. As normas também exigem a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, como uma das condições básicas para habilitação dos municípios para recebimento dos recursos federais⁴, bem como dá aos conselhos a responsabilidade de aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Dessa forma podemos concluir que os Conselhos de Saúde se tornaram um mecanismo estratégico para garantia da democratização do poder decisório no SUS e sua regulamentação confirma o avanço do sistema de saúde brasileiro na descentralização do poder em nível federal, estadual e municipal. Com isso é garantido à sociedade civil importante papel na participação das tomadas de decisões no campo da saúde.

Existem no País, aproximadamente, 5.537 Conselhos de Saúde atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560) e envolvendo cerca de 86.414 conselheiros, novos atores políticos no Sistema Único de Saúde. (CORREIA, 2003. p. 55).

Tendo em vista a natureza plural dos conselhos (usuários, trabalhadores e gestor) é fácil constatar que retratam uma espécie de arena pública essencial para a discussão das políticas do setor, onde os interesses dos setores populares, até então, excluídos, passam a ser também representados. Para Cortes, alguns fatores são determinantes no processo construção da participação social:

(1) mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, (2) organização dos movimentos popular e sindical, (3) relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais, (4) posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação, (5) dinâmica de funcionamento dos fóruns. (CORTES, 2002).

O relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, define, com clareza, o caráter deliberativo e o poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre as ações e serviços de saúde, com ênfase na democratização da informação: "livre acesso dos conselheiros de saúde a todas as informações sobre produção de serviços, horário de trabalho (especialmente

⁴ Para receber recursos financeiros federais, as secretarias estaduais e municipais devem ter: 1) fundo de saúde, 2) conselho de saúde, 3) plano de saúde, 4) relatório de gestão, 5) considerável contrapartida de recursos financeiros oriundos dos orçamentos próprios destinados à função saúde, 6) plano de carreira, cargos e salários (PCCS).

plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação de Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contrato e convênios com a rede privada e filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas do Fundo de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada pelos conselheiros de saúde. A sonegação de informações deve implicar crime de responsabilidade" (Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996).

3.2 - Alguns princípios dos Conselhos de Saúde, participação e controle social

A participação popular no Sistema Único de Saúde vem na perspectiva do controle social da sociedade sobre as políticas de Estado, principalmente, na arena da saúde. Ela é resultado do processo de democratização no País, pós ditadura militar, e o exercício da participação dentro da sociedade envolve diversos atores, como as associações de moradores, entidades representativas dos profissionais da saúde, Ministério Público e, especialmente, os Conselhos de Saúde.

Neste contexto, a participação possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sob o controle dos usuários. E essa relação entre o Estado e a sociedade se dá de forma negociada, uma vez que este último conhece melhor a realidade de saúde das comunidades. Segundo registros do Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, "O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde."

Por esta razão, a participação popular é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Mas, embora esteja prevista na Lei, ainda é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Os Conselhos de Saúde emergiram na década de 90 com a ideia central de instâncias com poder de regenerar o sistema de saúde, democratizando-o e tornando-o transparente para a sociedade. Acima de tudo, com vistas nos princípios que o constituíram, os conselhos se tornavam arenas capazes de interferir positivamente na elaboração das políticas públicas de saúde, além de representar a sociedade no exercício da fiscalização das ações do Estado. Podemos recuperar suas raízes históricas na efervescência dos movimentos sociais, ainda na

década de 1970, – constituídos por entidades, sindicatos, profissionais de diversas categorias e a sociedade organizada –, que lutavam pela transformação e reconfiguração do espaço público, que resultasse numa nova relação da sociedade civil com o Estado. Os conselhos surgiam como reflexo e concretização dos ideais democráticos expressos na Constituição Federal Brasileira, como forma legítima da reivindicação de direitos e com poder de influenciar o cenário político e social.

Nesta perspectiva, o surgimento dos Conselhos de Saúde representou uma enorme conquista e avanço no processo de democratização do País, a partir da participação popular e ao controle público, invertendo o paradigma, segundo afirma Valdir de Castro Oliveira, de subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade, no que diz respeito às políticas públicas de saúde.

No cenário brasileiro de verdadeira ebulição, que compreendeu o período entre 1970 e 1995, é possível identificar três tipos de conselhos: os Conselhos Populares, os Conselhos Comunitários e os Conselhos Temáticos Institucionalizados. Os primeiros, como o próprio nome sinaliza, nasceram dos movimentos populares; os segundos surgiram a partir de negociações entre o povo e o governo; já os últimos são instituídos por exigências constitucionais, embora, como citamos anteriormente, são frutos de lutas antigas pela participação popular, como é o caso dos Conselhos de Saúde.

Com a Constituição, em 1988, e a proposta de descentralização da saúde com a criação do Sistema Único de Saúde, governo federal, estados e municípios passam a assumir novas responsabilidades na implementação das políticas, e a partir daí, novos atores sociais passam a fazer parte deste cenário, como prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, conveniados, profissionais), trabalhadores e usuários do sistema de saúde. É importante ressaltar que mesmo previstos institucionalmente, os conselhos de saúde demandam da mobilização da sociedade para que reúnam a força e a capacidade necessárias para atuar politicamente no sentido de implantar o que está preconizado nas diretrizes do SUS.

Os Conselhos de Saúde também podem ser entendidos a partir do fenômeno político *accountability*⁵ que traz, na sua base constitutiva, a possibilidade de um ou diversos atores sociais interferirem no processo político, cobrando, diretamente de instituições públicas e

⁵ O *accountability* deve ser entendido como um processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas e, simultaneamente, interferir na condução e definição das políticas públicas enfatizando assim a dimensão participativa do SUS. (OLIVEIRA, 2006, pg. 32).

privadas, organizações empresariais e autoridades, visibilidade nas ações e resultados. Enquanto espaços temáticos institucionalizados, possuem o poder legal para cobrar e questionar publicamente instituições públicas e autoridades, obrigando a prestação de contas junto à sociedade. Mais que possuir acesso às políticas, esses espaços teriam nas mãos o poder de interferir na elaboração das políticas com vistas o interesse individual, público e/ou coletivo.

3.3 - Os conselhos e alguns desafios

Ao analisar o controle social através dos Conselhos de Saúde, observa-se que a possibilidade de uma gestão participativa no Sistema Único de Saúde não se consolidou na prática efetiva de gestão pública. Não é difícil identificar, na rotina diária dos Conselhos de Saúde, diversas variáveis que impedem ou atrapalham o pleno exercício dos princípios constitucionais a eles designados⁶.

Alguns entraves foram evidenciados no trabalho exploratório de campo realizado por meio de entrevistas com alguns conselheiros de saúde dos municípios foco do nosso estudo. Por unanimidade todos os conselheiros consultados, sejam do segmento gestor, profissional de saúde ou usuário, concordam que as dificuldades dos conselheiros no exercício do seu papel são inúmeras e ressaltaram, principalmente, a pouca ou praticamente nenhuma estrutura física para atuação do Conselho de Saúde e a falta de capacitação da maioria dos conselheiros.

Segundo Márcia Cristina Tenório Freire, do Conselho de Saúde de Belford Roxo, representante do segmento dos profissionais de saúde, a ausência de capacitação é um dos maiores desafios enfrentados pelo Conselho. “É fundamental a capacitação continuada para que o conselheiro tenha a noção sobre a legislação, conheça a estrutura dos conselhos nos três níveis de governo, saiba qual é o seu papel e como se articular com outras instâncias do controle social. A maioria dos conselheiros não é capacitada e desconhece, por exemplo, até que ponto pode ir, o que pode falar e questionar, ou ainda questões mais simples, como se o suplente têm direito a voto.”

Os desafios encontrados para criação e atuação desses espaços participativos, para alguns estudiosos, como Grindle e Thomas (1991 apud CORTES, 2002, p. 18) pode ser

⁶ As principais funções do conselho são: a) atuar de forma independente, embora integrada, da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde); b) exercer as funções de fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); c) definir as políticas e as prioridades de saúde; d) avaliar e deliberar sobre plano de saúde e convênios (função deliberativa); e) avaliar ou opinar sobre outras questões da saúde (função consultiva).

explicada pela construção política em países em desenvolvimento, especialmente, na América Latina, caracterizada por uma elite dominante e uma sociedade civil fraca. Ao levantar a trajetória política do Brasil, desde a Proclamação da República até os dias atuais, percebe-se a forte herança política centralizadora e a política econômica direcionada aos interesses da classe dominante, o que tornam, ainda hoje, a participação social um enorme desafio (GUIZARDI, 2006).

As Conferências Nacionais de Saúde, fóruns privilegiados de discussão dos rumos das políticas públicas na área da saúde, também confirmam alguns obstáculos quanto à participação popular: ausência de estrutura adequada, capacitação e assessoria para que os conselheiros assumam com competência suas tarefas e incorporem uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações. As dificuldades presentes refletem diretamente na efetividade do controle social: “Os processos de capacitação dos diferentes agentes sociais devem levar a uma formação crítica (política e ideológica), ampliando, assim, a consciência política e a participação popular, objetivando torná-los agentes transformadores da sociedade” (Relatório Final da 9ª CNS, 2000:21).

Estes obstáculos se confirmam nos relatos apresentados pelos conselheiros entrevistados no trabalho exploratório de campo, impedindo ou limitando o cumprimento das condições consideradas essenciais para a efetiva atuação do Conselho. A infra-estrutura insuficiente e dependente do poder executivo se apresenta como um enorme empecilho nestas instâncias. Além de contarem com reduzido espaço físico, outras questões se apresentam de forma recorrente engessando a atuação dos conselheiros, como falta de computador, internet, papel para produção de material informacional, carro para transporte dos conselheiros aos eventos e capacitações, linha telefônica, dentre outros.

A falta de apropriação dos instrumentos comunicacionais e informacionais também é uma constante, prejudicando a mobilização e a visibilidade das ações desenvolvidas nestas esferas. De uma maneira geral, o próprio entendimento sobre este assunto evidencia um grande equívoco. Quando perguntados sobre práticas comunicacionais e informacionais mais adequadas ao conselho, mencionaram os veículos de comunicação convencionais, como televisão, rádio e jornal. Nenhum apresentou alguma ideia alternativa que considere a comunicação mais participativa.

Alguns conselheiros relataram que mesmo com o orçamento próprio não conseguem ter autonomia financeira. “Nosso conselho possui recursos próprios, mas esbarra sempre na burocracia da máquina administrativa do governo quando precisamos utilizá-lo. Se o governo desse maior autonomia para o conselho atuar e gerenciar o orçamento, teríamos mais

facilidade em cumprir nosso papel”, admite Charles Gonçalves Soares, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Japeri.

A pouca e, na maioria das vezes, a total ausência de apoio do poder executivo e do legislativo, conforme sinalizado nas entrevistas, acaba resultando na baixa adesão e comprometimento de muitos conselheiros que se sentem desestimulados pela insignificante capacidade de interferência nas arenas decisórias das políticas públicas e articulação junto à sociedade civil.

Outros estudiosos engajados com a ideia do controle social também fazem uma análise crítica sobre a dinâmica de funcionamento dos Conselhos de Saúde, como Antônio Ivo de Carvalho:

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos Conselhos de Saúde por todo o país são lembradas positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que “pegaram”. Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária. Aqui, tanto a reflexão teórica quanto o cálculo político parecem presos a um círculo de giz onde os Conselhos são tratados ou como heróicos guardiães do SUS, ou como construções fúteis, de escassa potência política. (CARVALHO, 1997, p. 94).

Muitas vezes vistas essas instâncias de participação popular e de controle social são entendidas como inócuas, esvaziadas de poder político que transforme de fato o sistema de saúde. Não é incomum que os conselhos se transformem em trampolim político para muitos conselheiros, o que resulta no distanciamento da real necessidade de debate e decisão sobre as questões de saúde. A forte presença político-partidária nos conselhos, também ressalta outro enorme desafio, na medida em que transformados em arenas de embate político-partidário de interesses particulares, os conselhos acabam deixando para segundo plano os interesses públicos da saúde. Também destacamos aqui o fato de o impacto dos discursos proferidos pelos militantes partidários, por serem mais capacitados, dominam o ambiente e fazem silenciar inúmeras vozes representadas pelos não militantes ou por usuários não tão instruídos politicamente.

Para a conselheira Maria de Lourdes de Souza, do Conselho de Saúde de Nova Iguaçu, representante do segmento do usuário, os discursos bem articulados podem sim influenciar e orientar a votação. “Muitas vezes alguns conselheiros, por desconhecimento dos temas que estejam sendo tratados ou até por falta de bagagem cultural e política, acabam sendo induzidos a concordar com propostas que nem sempre atendem as demandas da população”, afirma. Ela também alega que a falta de vivência, o desconhecimento da realidade das regiões

carentes do município e a nomeação de representantes, por parte das entidades, com pouca expressividade e compromisso corroboram para o agravo desta situação.

A manipulação dos discursos aliado ao jogo de interesses, também nos revela um caso curioso durante o trabalho exploratório. Um dos conselheiros entrevistados relata o fato de o secretário de Saúde ao saber que o conselheiro, representante do segmento usuário, havia sido convidado para conceder uma entrevista a uma rádio, ofereceu, prontamente, o suporte da sua assessoria de imprensa. O fato evidencia a aposta do gestor na ingenuidade, para não falar, na ignorância do conselheiro, sobre as reais intenções de controlar e conduzir o discurso.

A falta de informação sobre os direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988, bem como sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, também se impõem como forte limitantes nesse processo, abrindo espaço para forte influência dos gestores locais na dinâmica e no funcionamento do CMS, sobretudo na escolha dos seus membros.

A pouca renovação⁷ no quadro de conselheiros, que possibilitaria o surgimento de debates inovadores e de novas lideranças, também se configura outro entrave para o avanço dos conselhos. A conselheira Márcia Cristina Tenório, do Conselho de Saúde de Belford Roxo, concorda que a troca periódica de conselheiros seja positiva, mesmo que os novos conselheiros encontrem obstáculos no início para entender a dinâmica de funcionamento do conselho. Na sua avaliação, alguns conselheiros mais antigos acabam se acomodando, passando a pouco contribuir efetivamente para o avanço das proposições.

Entretanto, para alguns conselheiros, a renovação é vista de forma pouco contributiva, pois a mudança frequente de conselheiros, principalmente representantes de usuários, resultaria em maior dificuldade no acompanhamento e no entendimento de questões importantes discutidas, facilitando a manipulação seguindo interesses do segmento gestor. em processos mais longos, principalmente, pela falta de investimento em capacitação contínua. “Um conselheiro recém chegado, por não dominar os debates travados anteriormente, pode ser contaminado com mais facilidade pelos discursos dos gestores ou ainda se ausentar de opinião em momentos essenciais de intervenção”, questiona a conselheira Maria de Lourdes de Souza.

⁷ A pouca renovação dos conselheiros também revela um aspecto dramático da participação popular, pois o número de pessoas dispostas a prestar um serviço voluntário de relevância pública não remunerado é muito pequeno, como mostra magistralmente Pedro Demo ao analisar as dificuldades em relação à cultura do trabalho voluntário e do associativismo no Brasil em seu livro *Democracia Pequena* (DEMO, 2001).

Outro fator que dificulta o pleno funcionamento dos conselhos: a verticalidade do poder e a assimetria das lógicas simbólicas recorrentes nas práticas comunicacionais e informacionais.

O comentário de Oliveira nos dá uma melhor noção desta realidade:

[...] as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais dos conselhos tendo em vista a origem social dos conselheiros, os diferentes interesses dos quais são portadores e a maneira como eles entendem as questões da saúde e do controle público. Se levarmos em conta o princípio de que nenhuma prática social ou política pode ser exercida sem os respectivos processos comunicacionais e disponibilidade de informações, nem sempre a ausência ou disponibilidade de uma e outra coisa significam a existência de uma comunicação capaz de nortear debates ou aglutinar as pessoas em torno de consensos visando o interesse coletivo na saúde. Para que isso ocorra é necessário um mínimo de igualdade cognitiva e política entre os seus membros para quebrar a assimetria dos fluxos simbólicos norteadores da ação. (OLIVEIRA, 2006, pg. 35).

Esta análise aponta como as relações simbólicas e sociais assimétricas influenciam diretamente na interpretação e entendimento que cada conselheiro dará para as temas apresentados nos conselhos. Cada qual carrega com si sua experiência anterior, sua formação cultural, sua facilidade ou dificuldade de acesso aos bens materiais que irão influir na apropriação dos discursos sociais proferidos. A participação dos conselheiros, como afirma Oliveira, será proporcional ao horizonte social de cada um, delimitando e facilitando o entendimento das coisas e do mundo permitindo a produção de sentidos.

Podemos destacar ainda como limites ao exercício do controle social: a ingerência política na escolha dos conselheiros; a falta de informação dos conselheiros e sua desarticulação com as bases que representam ou com seus representados; a fragilidade da mobilização das entidades representadas, que por sua vez podem ser o reflexo da desmobilização da sociedade; a cooptação de lideranças em troca de favores; a pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; a manipulação dos Conselhos / conselheiros para legitimar os atos e decisões do gestor; a pouca visibilidade social das ações dos Conselhos; o descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores (CORREIA, 2002).

As variáveis aqui explicitadas nos mostram os enormes desafios para que os CMS se tornem um espaço concreto, uma instância de participação e controle público onde os usuários se apropriem institucional e politicamente do conselho, bem como interfiram, discutam e deliberem sobre as questões de saúde do município.

Para Valdir de Castro Oliveira, as dificuldades encontradas pelos conselhos no cumprimento das suas funções são tantas e pouco avaliadas que eles atuam como meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores, reforçando, assim, a verticalidade do poder na área de saúde e na contramão dos princípios democráticos que nortearam a sua criação.

Ainda que os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público de saúde universal, equânime e resolutivo, os Conselhos de Saúde configuram no seu interior uma verdadeira expressão de relações de poder que se expressam por meio dos processos comunicacionais.

Mesmo com tantos desafios a serem enfrentados, os Conselhos de Saúde, enquanto fóruns participativos, têm sua força e importância, conforme destaca Cortes:

Não se pode afirmar que a reforma do sistema brasileiro melhorou a qualidade dos cuidados oferecidos e que tornou os serviços mais acessíveis ou se ela, ao contrário, intensificou iniquidades territoriais e sociais que já existiam. Não há dúvida, no entanto, que ela criou, no nível municipal de governo, um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde. Maior participação de usuários não garante a redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população. No entanto, a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar para a democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político. Através deles, seus representantes podem influir na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, podem obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e podem influenciar na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam. (CORTES, 2002, pg. 44).

4- JUSTIFICATIVA

O projeto justifica-se pela carência de pesquisas que investiguem o processo de comunicação e informação estabelecido nos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense e, nesta perspectiva, de que maneira se estabelece a relação entre os diferentes atores sociais ali representados e, conseqüentemente, que reflexo isso traz no avanço do Sistema Único de Saúde. O presente projeto também se fundamenta pelo fato de não se conhecer, empiricamente, os limites e alcances dos conselhos, bem como se existem descompassos entre as propostas das conferências nacionais e regionais em termos de comunicação e informação e a prática dos conselhos que se pretende estudar.

Os Conselhos Municipais de Saúde são instâncias de fundamental importância para a participação e o controle social das políticas públicas de saúde no País. São o resultado do processo de reforma sanitária brasileira, posteriormente regulamentados pela NOB 96 – que trata da participação social. No entanto, segundo alguns estudos pesquisados, ainda hoje os Conselhos de Saúde encontram dificuldades na prática da produção e circulação dos seus discursos, bem como na recepção dos discursos externos, oriundos da sociedade civil organizada. E as razões são inúmeras, desde a falta de capacitação técnica e política dos conselheiros para ocupar espaços de proposição e negociação das políticas públicas de saúde, a escassez de recursos e infra-estrutura para o funcionamento do conselho, bem como os obstáculos impostos pelos gestores, cuja capacidade de exercício do poder é maior que a dos outros segmentos ali representados.

Portanto, a partir desses cenários, se faz necessário conhecer e analisar melhor as estratégias comunicacionais e informacionais utilizadas pelos conselhos e conselheiros de saúde para cumprir suas funções e de que maneira se articulam e se apropriam dos instrumentos e processos comunicacionais tanto para informar, mobilizar e auscultar a população que representam em seus anseios e reivindicações no campo da saúde. Pois, como observamos em alguns estudos realizados, o poder de uma pessoa ou instituição está diretamente ligado à capacidade e domínio dos processos de comunicação e informação. Sem essa gerência, a participação social não se efetiva, impedindo, então, o controle social.

Daí, a importância de se investigar, nesse processo, que elementos potencializam e quais refletem os desafios deste exercício, com a perspectiva de apontar caminhos para a consolidação e o avanço dos Conselhos de Saúde, mecanismos fundamentais na democratização da gestão por meio do controle social, objetivando alcançar uma saúde de qualidade de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

5- OBJETIVOS

- Identificar e analisar as estratégias de comunicação e informação utilizadas pelos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense e suas consequências nas ações dos conselheiros na perspectiva do controle social.
- Identificar o modelo de comunicação mais presente nestas instâncias e de que maneira ele contribui ou atrofia a participação popular no controle social.

6- EMBASAMENTO TEÓRICO

O referencial teórico deste projeto de pesquisa se fundamenta no conceito central da obra de Pierre Bourdieu, que trata do exercício do poder simbólico: o “poder de fazer ver e fazer crer”. A comunicação é negociada em um grande mercado simbólico, onde são produzidos, circulam e são consumidos os bens simbólicos. Nesse sentido, o processo de negociação se dá pelo poder simbólico e interfere diretamente na interpretação da realidade.

Para alguns autores, “a concorrência que se estabelece, então, é entre várias perspectivas possíveis sobre os fatos sociais, perspectivas que resultarão em modos diferentes de agir sobre a realidade” (Bourdieu, 1989; Araújo, 2000). Isso quer dizer que o poder simbólico de uma pessoa ou instituição se reflete no processo de produção e circulação dos seus discursos. Para Bourdieu, o campo da comunicação, arena de permanente disputa, o poder simbólico será decisivo no reconhecimento da legitimidade de quem profere o discurso.

O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos «sistemas simbólicos» em forma de uma «*illocutionary force*» mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a *crença*. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de a subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras. (BOURDIEU, 1989, p. 01)

O poder simbólico, como elemento central da comunicação nas políticas públicas, está presente na elaboração, implantação e apropriação dos discursos produzidos. E dentro das instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, o capital simbólico também deixa sua marca, determinando a condução das iniciativas em determinada direção com o propósito de atingir determinados objetivos. Nestas instâncias, o lugar de interlocução influenciará o processo comunicacional, bem como a forma como o interlocutor atribuirá sentido aos discursos produzidos a partir de outros interlocutores.

Esse lugar de interlocução é determinado por diversos contextos: contexto textual (como as diversas informações e textos que circulam ao mesmo tempo e espaço se contaminam e produzem novos sentidos), contexto intertextual (como esse contato, que leva à

interpretação e apropriação das mensagens, se dá a partir da memória de cada indivíduo), contexto existencial (a pessoa no mundo, com sua experiência e acervo de vida) e o contexto situacional (o lugar de interlocução que cada um ocupa a partir do posicionamento na topografia social).

Tomando como apoio a teoria do capital simbólico de Bourdieu, foi possível notar, em nosso estudo exploratório aos Conselhos de Saúde, que o poder de fala se concentra na voz autorizada, principalmente, nas vozes detentoras de status social e ou político. A ausência de poder simbólico de muitos conselheiros acaba se transformando em arma estratégica utilizada pelos conselheiros do segmento gestor para atender aos interesses do governo e silenciar tantas outras vozes. Sem reconhecimento de legitimidade a mobilização dos outros segmentos, principalmente, do usuário, se fragiliza e, conseqüentemente, o processo de participação popular, enquanto controle social, perde a sua principal força.

A análise de textos e contextos nos leva ao conceito de polifonia, desenvolvido na década de 1920 por Mikhail Bakhtin, que ganhou destaque no Brasil nos anos 70. Para o filósofo russo, cada texto ou discurso traz na sua essência uma multiplicidade de vozes, nem sempre percebidas por seu locutor. A polifonia representa os diversos interesses que se configuram na rede social, transformando a linguagem numa verdadeira arena de embates, onde são estabelecidas propostas, negociações e relações de poder (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.56).

Essa articulação de diferentes vozes é denominada por Bakhtin de dialogismo e traz para a comunicação a dinâmica da produção de sentidos, diferentemente do modelo informacional que explica a comunicação como um processo de transmissão de conteúdos prontos. No dialogismo, a linguagem se constitui um espaço de lutas e mediações e, sendo um lugar de construção de novas realidades, ela representa a disputa do poder simbólico. A comunicação, na perspectiva da produção de sentidos, se estabelece a partir da negociação, onde os discursos circulantes são apropriados de formas diferentes para cada interlocutor, de acordo com seu contexto. Nesta arena, os ‘ruídos’ têm importância fundamental no processo comunicacional, pois são vozes que constituem o sentido e consideram a pluralidade dos atores.

A percepção de produção de sentido social tem como pilar a contextualização. Para Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso, a capacidade de comunicar está diretamente relacionada à capacidade de contextualizar: “se não nos apercebermos dos contextos em que a comunicação se realiza, produziremos uma comunicação autista”.

Tal afirmação tem consequências na prática comunicativa da saúde. Entre elas, exige perceber que as pessoas se relacionam num espaço que traz um certo número de pré-construídos, que definem em parte o modo como elas participarão da comunicação. Esses pré-construídos trazem para a cena relações de poder, condições de vida, expectativas (moldadas por experiências anteriores, palavra autorizada por legitimidade ou legalidade, conceitos de saúde), saberes e redes de pertencimento que, associados aos contextos situacionais, definem as possibilidades de circulação, compreensão e apropriação, básicas para qualquer estratégia comunicativa (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.61-85)

A possibilidade de apropriação é uma condição para a equidade. Entretanto, o poder de fazer circular um discurso, se constitui numa arena de constante embate e lutas. Esse espaço que confere o poder simbólico também é marcado pela hegemonia e exclusão social. Portanto, a comunicação em rede também apresenta uma outra dinâmica: a da diferenciação, refletida tanto no acesso como na posição ocupada nas redes.

A comunicação também é o reflexo da vida social, uma forma de ação intersubjetiva e compartilhada de sentidos e representações que são ativamente organizados e reorganizados pelos atores sociais nela envolvidos, pelas situações por eles vivenciadas e mediadas pela linguagem. Este é o conceito chave do modelo praxeológico de comunicação (*D'um modele épistemologique de la communication à um modele praxéologique*) proposto pelo professor francês Louis Quéré. Para ele, as interações sociais não se dão de maneira isolada ou em partes, como sugere o esquema emissor-receptor do modelo epistemológico. A linguagem, nesta perspectiva, deixa de ser apenas um instrumento de representação ou de transmissão de representações e de estados intencionais, passando a ser parte integrante da construção social da realidade e de articulação da compreensão sobre a vida social (OLIVEIRA, 2002).

A partir desse conceito é possível entender melhor os desafios que se configuram nesse terreno. A comunicação tida como universal, onde todo cidadão tem o direito a voz, na maioria das vezes, não encontra espaço na arena da saúde e da comunicação. Mesmo em instâncias constituídas legalmente para representar os interesses da sociedade civil, como os Conselhos de Saúde, também é possível verificar a intensa disputa interna gerada pelos discursos que se apresentam, construídos por diferentes atores, com o propósito de serem reconhecidos e se tornarem 'legítimos'.

Mesmo estas arenas esbarram em uma prática comunicacional recorrente que aponta para o estabelecimento de redes de poder e manutenção das práticas sociais verticalizadas, produzindo efeitos e produtos que caminham na contramão das práticas discursivas horizontais e dialógicas. Ou seja, para que o controle social se efetive e contribua de fato nas políticas públicas de saúde, se faz necessária uma mudança do modelo tradicional da

comunicação (mais fechado e vertical) para um modelo mais democrático, amplo, que possibilite a participação de distintos atores sociais. Ainda hoje, o modelo de comunicação e informação mais presente no campo da saúde, especificamente no SUS, é o modelo instrumental. “Sem ser problematizado, tem inibido, por exemplo, a busca e a aplicação e a busca de teorias comunicacionais mais dialógicas e mais condizentes com as interações da vida social”. (OLIVEIRA, 2008).

Mesmo nas instâncias de participação social, as práticas comunicacionais mais presentes estão vinculadas ao modelo instrumental – onde a comunicação é reduzida ao papel do emissor, receptor, meios e efeitos com a finalidade de entender ou melhorar a eficácia das mensagens –, resultando em discursos que enfatizam técnicas aclamativas, prescritivas e convocatórias para diferentes segmentos que, mobilizados, podem responder às ações do discurso institucional. A comunicação estabelecida como transferência de informações, considera o receptor um ser carente de informação, desprovido de conhecimento e que precisa ser estimulado a adotar atitudes adequadas, a fim de atingir os objetivos do emissor. O Sistema Único de Saúde, enquanto um novo modelo de saúde, demanda por um novo modelo de comunicação e informação condizente aos seus princípios.

Os conceitos de comunicação e informação, embora não sejam necessariamente divergentes, na prática revelam diferenças fundamentais e servem para distintos propósitos quando aplicados por profissionais da comunicação ou da saúde. Segundo Oliveira, a comunicação pode ser entendida de duas formas: uma, considerando a origem da palavra, significando comunhão, partilhar de alguma coisa. O outro entendimento vem na perspectiva de dar conhecimento, informar.

Na perspectiva da comunhão e do compartilhamento a comunicação é entendida como um processo horizontal onde o diálogo é sua principal característica. Em consequência os diferentes interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e reinterpretá-las na construção de um significado. Tanto o emissor pode ser receptor quanto o receptor pode ser emissor no processo comunicacional. Já no outro entendimento, a idéia da comunicação como informar ou dar conhecimento de alguma coisa a alguém, a relação entre emissor e receptor é mais hierarquizada e menos mutável. Geralmente o emissor detém o papel ativo selecionar e emitir mensagens, cabendo ao receptor a tarefa passiva de interpretá-las, como um recipiente vazio que vai ser enchido pelos conteúdos informacionais do primeiro no processo comunicacional. Esta perspectiva é preferencialmente adotada pelos sistemas autoritários e verticais de poder ou pelas ações sociais e políticas destinadas a doutrinar ou a fazer com que o receptor adote, sem muita discussão, às idéias e prescrições do emissor. (OLIVEIRA, 2000).

A comunicação entendida como um processo horizontal de comunhão e compartilhamento alinha-se aos propósitos da participação. Ao contrário, a comunicação estabelecida por meio da informação, limitando-se a dar conhecimento a alguém sobre alguma coisa, leva à hierarquização da relação, atrofiando a participação, ou seja, o controle social, na arena de debates e decisões. Se as relações sociais são relações de poder que se estabelecem a partir da comunicação, sem o domínio dessas práticas o controle social, entendido como participação e partilha de poder nos espaços decisórios, não se efetiva.

A ausência do domínio dos processos de comunicação e de informação, relatada pelos conselheiros, revelam a fragilidade e a pouca penetração das ações dos Conselhos de Saúde.

“Não produzimos jornal, nem impressos, nem cartilha para os conselheiros. Isso dificulta a visibilidade e a mobilização junto à população e entre os conselheiros”, revela um dos conselheiros.

“Promovemos a comunicação normalmente via diário oficial para divulgar as reuniões. Às vezes usamos o e-mail, mas alguns conselheiros não possuem internet. Não temos fax e precisamos de outros computadores. Temos uma sala com espaço físico reduzido e não sem sala para reunião. Não temos papel para trabalhar e produzir impressos”, declara outro conselheiro entrevistado.

Os relatos também deixam evidente a dificuldade dos conselheiros no entendimento sobre a amplitude dos conceitos de comunicação e de informação, reduzindo a sua atuação ao meio impresso. O material impresso, enquanto parte de uma estratégia de comunicação, nestas instâncias são vistos como a única estratégia possível para garantir a visibilidade e a mobilização. Nesse sentido, os materiais ampliam a abrangência da ação, consolidam alguns sentidos e entram na disputa pelo poder simbólico.

Por outro lado, quando são desenvolvidas estratégias de comunicação e de informação nestas instituições, corre-se o risco de reproduzir a prática dominante:

A prática institucional sempre foi direcionada para o contrário: emoldurar, enquadrar, engessar a vitalidade das pessoas e grupos, singularizar o que é plural, tornar monocórdico aquilo que por natureza é uma sinfonia de muitas vozes. Repete-se à exaustão fórmulas restritivas da liberdade e centralizadoras da palavra, como as reuniões e as “palestras” educativas, ou a produção de cartilhas ou outros meios informativos. Este é um ponto crucial, porque dele depende o bom desempenho de outra característica desafiante do método, que é a natureza das estratégias que serão propostas e vividas pelos produtores. Há uma alta probabilidade de que estas reproduzam a prática dominante: além de viverem sob a égide da hegemonia dos sentidos midiáticos, sua experiência com processos de intervenção social e principalmente com práticas de mobilização é a mais convencional possível, verticalista e assistencialista. (BRANDÃO, ARAÚJO e CARDOSO, 2002).

Uma outra discussão sobre ‘Comunicação e Poder’ também se faz necessária, pois traz à reflexão a relação entre a comunicação e as relações de poder, tomando como ponto de apoio os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.35). É inegável os avanços conquistados no campo da saúde, principalmente, pós reforma sanitária brasileira e Constituinte (1988), quando a saúde passa a ser um direito social garantido por lei. Nesse sentido, a comunicação no campo da saúde é estratégica e deve ser definida no contexto do SUS e em consonância com a filosofia que o concebeu, contemplando como elemento primordial a polifonia social, indispensável para a consideração do princípio da universalidade, conceito fundador do SUS.

Portanto, nas instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, é essencial conhecer de que maneira funcionam os múltiplos fluxos informacionais e canais de comunicação disponibilizados ou criados para que os conselheiros possam produzir e fazer circular as informações de seu interesse, reconfigurando o lugar de interlocução que lhe são atribuídos pelas instituições de saúde e identificando qual a efetividade dessa interlocução (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Entretanto, analisando alguns estudos, é possível dizer que as práticas e ferramentas comunicativas ainda hoje utilizadas pelo e para o SUS – e neste universo se incluem as práticas desenvolvidas pelas instâncias que o representam, como os Conselhos de Saúde – têm sido utilizadas muito mais no sentido da difusão de informações do que da participação social em vários níveis das políticas de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Para compreendermos os processos comunicacionais do SUS e dos Conselhos de Saúde, utilizaremos o modelo de Mercado Simbólico que entende a comunicação a partir da produção, circulação e recepção dos sentidos na sociedade. Assim, o tema central a ser analisado no presente projeto, também passa pelo modelo do Mercado Simbólico (ARAÚJO, 2000, 2002a), conceito que referencia a comunicação em um grupo de pessoas que produzem e fazem circular discursos. O modelo representa a prática comunicativa nos processos de intervenção social que dão concretude às políticas públicas.

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade. (ARAÚJO, set/2003-fev/2004, p. 167).

As comunidades discursivas, formadas por grupos de pessoas organizados ou não institucionalmente produzem e fazem circular seus discursos, onde neles se reconhecem e por eles são reconhecidos. No processo comunicacional, os discursos, como bens simbólicos, são produzidos, circulam e são consumidos, resultando na produção de sentidos sociais. Nesse espaço essencialmente polifônico e heterogêneo, os sentidos circulantes são negociados numa disputa contínua pelo poder. (ARAÚJO, 2000 e 2001).

Como comunidades discursivas no campo da saúde, os Conselhos de Saúde e conselheiros são produtores, circuladores e receptores de sentidos, ou seja, os discursos são produzidos por inúmeros e diferentes atores dessas comunidades. Através deles, esses atores sociais disputam a prerrogativa de fazer valer um ou outro sentido sobre a realidade em que atuam e imprimem nesta construção os seus próprios valores e, simultaneamente, percebem e recebem os valores de outros interlocutores. Segundo Fairclough, (2001, p. 92 apud BRANDÃO, ARAÚJO e CARDOSO, 2002) “o discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes.”

Nestes processos, as diferentes comunidades, grupos ou indivíduos podem ocupar posições mais centrais ou mais periféricas em relação ao um núcleo central de poder que procura circular um discurso unânime, com aparente unidade. Na verdade, como acontece em qualquer processo comunicacional, ali são constituídas arenas onde se disputa a prevalência de um ou outro sentido, ou seja, essas arenas são caracterizadas por embates constantes onde prevalece o poder simbólico dos seus interlocutores. Neste processo há diferentes formas de negociação através de práticas comunicativas que se estabelecem nas instâncias de controle social.

Discutir as práticas comunicacionais nos Conselhos de Saúde nos remete ao papel da comunicação e informação nestas instâncias de controle social. A questão apresentada em estudo pelo professor Valdir de Castro Oliveira, evidencia que a assimetria presente nas relações sociais nestas instâncias se apresenta como fator determinante no avanço e limite das práticas comunicacionais, resultando em maior dificuldade para a participação social, ou seja, o próprio controle social sobre as políticas públicas de saúde. A problematização de três eixos temáticos – comunicação, informação e participação – revela a estrutura de funcionamento dos Conselhos de Saúde, suas deficiências, obstáculos, convergências e divergências, a vacilante participação do Estado, principalmente, quando o foco da análise é o caráter dos Conselhos de Saúde em seus processos deliberativos.

Analisar os três eixos temáticos acima citados implica em entender que a participação se dá de forma eficaz quando o processo de comunicação e informação leva em consideração as diferenças entre seus interlocutores, a maneira como cada um se vê e vê o outro membro do seu grupo. A partir desta avaliação mais profunda será possível buscar modelos mais eficazes e apropriados de comunicação e de circulação de conteúdos informacionais nas esferas dos Conselhos de Saúde.

Com base no estudo desenvolvido por Oliveira, pudemos notar em nosso trabalho exploratório que a informação, como elemento fundamental no processo de informação e, conseqüentemente, de participação, se concentra nas mãos dos representantes do segmento detentor de status social e político. A pouca transparência e a dificuldade no acesso aos dados podem significar um verdadeiro obstáculo no processo de comunicação nas instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde.

Segundo o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Japeri, Charles Gonçalves Soares, quando são apresentados projetos de grande interesse do setor privado ou do governo durante uma plenária, os conselheiros, principalmente do segmento usuário, solicitam via ofício maiores esclarecimentos sobre o tema para que a comissão interna possa avaliar melhor o assunto. “De todas as vezes que solicitamos esclarecimentos, fomos atendidos uma única vez e nem todos os itens foram contemplados. Às vezes somos indagados do por que do envio do ofício para solicitar informações.”

Sem o domínio da informação a capacidade para tomar uma decisão consciente é atrofiada e, por este motivo, ela é elemento essencial na formação do cidadão, pois possibilita a ele ter acesso ampliado a determinados bens culturais, políticos e serviços disponibilizados em uma sociedade. A pouca transparência das informações também podem inibir a manifestação, provocar insegurança ou desestímulo, prejudicando, assim, a participação dos membros do conselho no processo produtivo.

Nos relatos apresentados em entrevista pela conselheira Maria de Lourdes de Souza, representante do segmento usuário no Conselho de Nova Iguaçu, as carências na área de comunicação e informação são enormes e nem todas as decisões tomadas em plenária são acatadas pelo gestor. “Recentemente, desaprovamos em plenária um processo de licitação apresentado pelo secretário. Poucos dias depois a licitação correu normalmente, independente da nossa decisão.”

Mais que atuar na intervenção das políticas públicas de saúde, os Conselhos de Saúde, na sua essência, devem também representar os anseios da população junto ao poder executivo. Para Oliveira “A sociedade organizada e representada nos conselhos teria como finalidade

direcionar, corrigir ou reformular tais políticas a favor dos interesses populares e/ou políticos”. Entretanto, a significativa representação dos usuários dos serviços de saúde não garante e não legitima a voz do cidadão comum, ou seja, os próprios Conselhos de Saúde, em inúmeras circunstâncias podem representar a “exclusão” de muitas vozes. Alicerçadas na articulação entre atores sociais que possuem olhares divergentes sobre a mesma realidade, estas instâncias são arenas de disputa ideológica constante, onde os interesses nem sempre são convergentes, interferindo nas negociações, nos conflitos e no jogo político-partidário ali presentes. Em consequência se transformam em jogos de poder onde a participação popular (usuários) nem sempre prevalece nas decisões.

Essa “exclusão” tem, conforme Oliveira, origem nas profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade que se refletem no interior dos conselhos, reforçando a verticalidade do poder e atrofiando e, em muitos casos, impedindo a comunicação entre os seus membros e, conseqüentemente, a prática do controle social. Sem perceber a significativa influência que estas questões exercem sobre a dimensão cognitiva e comunicacional, muitos conselheiros acabam se transformando em máquinas utilizadas pelos representantes do governo ou pelo sistema privado com o propósito de legitimar as políticas e decisões supostamente democráticas.

Segundo o autor, a exclusão ou inclusão das diversas vozes que se apresentam nesta arena podem ser explicadas a partir da estrutura dos conselhos. Na estrutura do Conselho de Saúde o discurso institucional é o da inclusão e horizontalidade dos seus participantes. Na prática, os discursos que se apresentam são excludentes, porque como estruturas assimétricas e institucionais, os Conselhos de Saúde remetem muito mais à adesão do que à participação social nos processos.

Na sua abordagem, Oliveira levanta questões fundamentais, como o impacto e de que forma os conselheiros-usuários se apropriam dos discursos reconhecidos como ‘autorizados’ e ainda traz à reflexão a prática de comunicação e de informação mais apropriada para que a participação da população nestas instâncias não se restrinja ao papel meramente administrativo de concordância com as propostas oriundas dos gestores. Daí, a característica estratégica da comunicação e da informação. Nesta arena de constante disputa e embates ideológicos, a busca é pela legitimidade, a estrutura de poder, o lugar que dá o direito de fala se traduzem em práticas comunicacionais e informacionais que merecem ser analisadas. É conhecendo essas práticas que podemos dizer se realmente os conselhos e os conselheiros de fato estão comprometidos com a participação popular e o controle público.

Pode-se concluir que da mesma forma é imperativo que os princípios do SUS estejam na base da reconfiguração do processo de informação e comunicação, é imprescindível que os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias do controle social, dominem esse processo para que de fato exerçam na plenitude seu papel.

7- METODOLOGIA

a) Observação Participante

Participação nas reuniões dos conselhos e produção de relatórios de campo.

b) Entrevistas

Entrevistas abertas para diferentes representantes dos segmentos que atuam nos conselhos (amostra).

c) Elaboração de questionários sobre o conselho a serem respondidos por conselheiros.

d) Inventário das formas de comunicação e informação utilizadas:

- verbal
- boletins
- rádio
- murais

e) Análise do material utilizado (conteúdo e forma)

f) Inventário das formas disponíveis de comunicação e informação

g) Consulta das três últimas atas das reuniões dos Conselhos de Saúde (amostra).

h) Histórico e composição de cada Conselho de Saúde (amostra).

i) Análise e interpretação dos atos metodológicos acima descritos.

7.1- Amostra

O presente projeto de pesquisa pretende analisar os Conselhos de Saúde dos municípios de **Nova Iguaçu, Belford Roxo e Japeri**. Esta escolha levou em consideração o porte (grande, médio e pequeno) diferenciado dos municípios em questão, tomando como referencial de seleção os dados demográficos (Fonte DATASUS/2007), conforme Tabela 1. (Distribuição da População Residente na Região da Baixada Fluminense – 2007).

Tabela 1. Distribuição da População Residente na Região da Baixada Fluminense (2007)

Município	População Residente em 2007
Belford Roxo	480.555
Duque de Caxias	842.686
Itaguaí	95.356
Japeri	93.197
Magé	232.171
Mesquita	182.495
Nova Iguaçu	830.672
Nilópolis	153.581
Queimados	130.275
São João de Meriti	464.282
Seropédica	72.466
Total	3.577.736

Fonte: DATASUS – População Residente – Estimativa para o TCU

7.2- Justificativa

A Baixada Fluminense, que compõem parte da Região Metropolitana I, é formada por onze municípios e concentra alta densidade populacional: 3.577.736 (DATASUS-2007). A região é marcada por enormes desigualdades sociais e vivenciou, nas últimas décadas, uma evolução de ‘cidades dormitórios’, pois abrigava a população trabalhadora na Capital, para grande centro urbano, com indústria, comércio e extensa rede de serviços. Entretanto, os avanços na esfera econômica não foram acompanhados pelo desenvolvimento social, principalmente, nas áreas da educação e saúde. Esta última configura, ainda hoje, uma das áreas mais sensíveis e precárias, onde se verifica a escassez e até ausência de oferta de serviços, em decorrência da grande concentração de investimentos na cidade do Rio de Janeiro.

Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro subdividido por Regiões



Embora tenha havido avanços, o desenvolvimento social não acompanhou o desenvolvimento econômico, especialmente quanto à criação de infra-estrutura própria aos projetos sociais de educação e saúde. Esta última, uma das mais afetadas pela ausência de investimentos públicos, se configura uma arena de constantes conflitos de interesses e tensões.

A escolha dos municípios foco do nosso estudo leva em consideração o porte diferenciado dos mesmos, tomando como base os dados demográficos (Fonte DATASUS/2007). A intenção com este estudo é comparar de que forma as estratégias de comunicação e informação vêm sendo desenvolvidas por estes Conselhos de Saúde. Nesta perspectiva se quer analisar possíveis diferenças, estratégias adotadas, como os conselheiros se apropriam dos instrumentos de comunicação e fazem circular seus discursos entre no âmbito do Conselho de Saúde, bem como de que forma dão visibilidade às suas ações junto à sociedade. A comparação considerando o porte dos municípios também poderá refletir na infra-estrutura de cada Conselho de Saúde, conflitos de poder internos, assim como nos recursos disponíveis para investimento em ferramentas de comunicação e informação, que, em última análise, poderão evidenciar possíveis entraves no exercício da participação popular no controle social.

Uma pequena pesquisa exploratória aos Conselhos de Saúde pesquisados, através de entrevistas com alguns conselheiros de diferentes segmentos, mostra que o município de maior porte não necessariamente possui a melhor estrutura para funcionamento do Conselho de Saúde. Nos contatos realizados com os conselheiros, outros dados, que apresento mais

adiante, também se tornam pertinentes quanto ao recorte proposto, na medida em que podem refletir, de forma decisiva, na atuação do Conselho de Saúde nos municípios foco do nosso estudo, enquanto instância do controle social.

Nova Iguaçu é o município mais antigo, emancipado em 15 de janeiro de 1833, é o maior da Baixada Fluminense em extensão territorial – 524,04 km², o que corresponde a 11,1% da Área Metropolitana –, e o segundo em população, estimada em 830.672 mil habitantes (Fonte DATASUS/2007). Suas principais atividades econômicas são a indústria e o comércio. Nova Iguaçu é o gerador de outros municípios da Região Metropolitana I: Belford Roxo (1990) e Japeri (1991).

Analisando a estrutura e atuação dos Conselhos de Saúde dos três municípios pesquisados, o de Nova Iguaçu é o único que não possui presidente eleito no Conselho de Saúde desde o início deste ano, função exercida interinamente pela secretária executiva. É um município que enfrenta sérios problemas na organização do sistema de saúde, sendo, com frequência, alvo de denúncias em matérias jornalísticas divulgadas nos principais veículos de comunicação, sejam nos veículos da chamada ‘grande mídia’ e na mídia local. Outro fato considerado relevante para o presente estudo é a troca recorrente do principal gestor da pasta da Saúde. O atual prefeito, reeleito em 2008, trocou o secretário de Saúde, neste período, oito vezes. A constante troca do principal gestor é considerada relevante neste estudo na medida em que o Conselho de Saúde se relaciona diretamente com este gestor e esse relacionamento resulta no exercício do papel dos conselheiros no controle social.

No município de Belford Roxo ocupa uma área de 79,00 Km² e uma população de 480.555 habitantes (Fonte DATASUS/2007). Apresenta como principais atividades econômicas o comércio e serviços. O Conselho de Saúde elegeu este ano para presidente a secretária de Saúde, que sinaliza, através de depoimentos de alguns conselheiros, a intenção de implementar estratégias que venham contribuir para a melhor comunicação entre os conselheiros e entre o Conselho e a sociedade. Dentre as ações, estão a criação de um boletim e de uma ouvidoria.

O município de Japeri foi emancipado em 30 de junho de 1991, tem extensão de 81,4 km² e uma população de 93.197 mil habitantes (Fonte DATASUS/2007). Suas atividades econômicas se concentram na indústria, comércio e agropecuária. Este ano, o Conselho de Saúde elegeu para presidente um conselheiro usuário, que sinalizou em entrevista alguns avanços na sua gestão, como a aprovação do orçamento para o Conselho de Saúde junto ao legislativo, infra-estrutura física própria e independente da secretaria de Saúde, contando, inclusive, com sala para reuniões dos conselheiros.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: Fleury SM (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 93.

Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989. p. 16-58.

Araújo IS. Mercado simbólico: interlocução, luta, poder – um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface – comunic., saúde, educ.* [periódicos na internet]. set. 2003-fev/2004 v.8 (acesso em: 03/10/09); n.14, p. 165-77. Disponível em: <http://www.interface.org.br/>

Araújo IS. A reconversão do olhar. Prática discursiva e produção de sentido na intervenção social. São Leopoldo, Ed. UNISINOS, 2000.

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

Araújo IS, Brandão AP, Cardoso JM. Redes discursivas em movimento: avaliação de estratégias de comunicação na saúde. In: Compós, 11 – Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, Rio de Janeiro, Mimeo; 2002.

Brasil; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura; Governos Estaduais; e Governos Municipais. *Ações Integradas de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Mimeo; 1984.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000 dez. 15-19; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sergio Arouca); 2003 dez. 7-11; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Correia MVC. Que controle social na política de assistência social? *Serviço Social & Sociedade* 2002 Nov.; 72 (ano XXIII):119-144.

Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Cortes SMV. As origens da idéia de participação na área de saúde. *Saúde em Debate* 1997; Londrina: 1997. V. 51:30-37.

Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury SM (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p. 93-111.

Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Ed. Moderna; 1981.

Cohn G. Qual é a forma da sociedade da informação? In: Práticas midiáticas e espaço público. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. p. 15-22.

Freire P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1971.

Vilanova CRC. Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Pitta AM (Org.). Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec; 1996.

Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FRS. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R; Mattos RM (Orgs.). Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005, p. 225-238.

Mendes EV. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. In: _____. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 45-64.
http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Ministério da Saúde. Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Planejamento, Secretaria Executiva; 1993.

Ministério da Saúde. Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação; 1994.

Base SciELO Brasil

Martins PC. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2008; 15(1): 238-238.

Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. Saúde e Sociedade, Ago 2004. 13(2): 56-69.

Oliveira VC. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde Brasil. In: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 29-43.

Oliveira VC. Comunicação, informação e ação social. In Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Santana JP (Org.). Colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG/NESCOM - Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde/Representação do Brasil; 2000. p. 65-73.

Oliveira VC. Convergências e divergências teóricas no modelo praxeológico de comunicação. Revista Temas - Ensaios de Comunicação. Belo Horizonte, UNI-BH, no. 1, vol. 1, Ago-Dez 2002. p. 118-123.

Guizardi FL & Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(3), p. 797-805.

Araújo IS. Máquinas de sentido: processos comunicacionais em saúde. Interface (Botucatu). 2004, vol.8, n.15, pp. 363-366.

Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003, vol.11, n.3, pp. 376-382.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(2):269-291.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil na transição democrática anos 80. Rev. Physis 1991; I(1): 138-154.

http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06UIT4.pdf

Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciência e Saúde Coletiva 2000; 5(2): 293-312.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf>

Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias Porto Alegre 2002; V. 7:18-49.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222002000100002&script=sci_arttext

Serra CG, Rodrigues PH. O Financiamento da Saúde no Brasil In: Matta GC. Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Matta GC e Pontes ALM (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=25>