

ELIZABETH DA COSTA BATISTA

**SAÚDE É DEMOCRACIA?
EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO
DE IPATINGA**

BELO HORIZONTE

2005

ELIZABETH DA COSTA BATISTA

**SAÚDE É DEMOCRACIA?
EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO
DE IPATINGA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas de Saúde e Planejamento

Orientadora: Prof^a. Elza Machado de Melo
Universidade Federal de Minas Gerais

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2005**

É Hora de Recomeçar

“Não importa onde você parou ... em que momento da vida você cansou ... o que importa é que sempre é possível “recomeçar”.

Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo ...
é renovar as esperanças na vida e, o mais importante ... acreditar em você de novo.

Sofreu muito neste período? Foi aprendizado ...

Chorou muito? Foi limpeza de alma ...

Ficou com raiva das pessoas?

Foi para perdoá-las um dia ...

Sentiu-se só por diversas vezes?

É porque fechaste as portas até para os anjos ...

Acreditou que tudo estava perdido? Era o início de sua melhora ...

Onde você quer chegar? Ir alto?

Sonhe alto ... queira o melhor do melhor ...

Se pensamos pequeno ... coisas pequenas teremos...

Mas se desejarmos fortemente o melhor e principalmente lutarmos pelo melhor... o melhor vai se instalar em nossa vida.

Porque sou do tamanho daquilo que vejo e não do tamanho da minha altura

RESUMO

Com a implementação do SUS, a partir dos anos 90, observa-se, a passagem de um sistema político, administrativo e financeiramente centralizado, para um cenário em que milhares de agentes passam a se constituir sujeitos fundamentais no campo da saúde. Entender como esses diferentes atores conseguiram absorver e garantir à comunidade, o direito de participar na tomada de decisão em política pública de saúde foi o objetivo deste trabalho. Esta pesquisa procura investigar o discurso democrático e a prática participativa implementada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), no período de 1989 a 2004, no município de Ipatinga. Utilizamos como referencial Teórico a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e a partir dela um modelo de democracia entendido como a *institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e da vontade*, de modo que as decisões políticas sejam definidas de forma participativa, a partir da associação entre os mecanismos representativos e o debate público, propiciando, pois, um processo de reflexão, discussão e negociação entre os atores sociais envolvidos, próprio do entendimento lingüístico, que garante o respeito e a consideração das aspirações comuns e dos interesses coletivos dos cidadãos. A partir desse referencial teórico, integrado aos principais pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, será feito o estudo das políticas municipais de saúde de Ipatinga, no que diz respeito às suas bases e relações democráticas. Os resultados obtidos indicam que há uma importante história democrática no Município, com indícios, no entanto, de retrocessos na prática participativa do setor saúde, pois, atualmente, verifica-se uma reprodução de práticas tradicionais de governar.

ABSTRACT

Since the SUS implementation, in the 90's, it has been possible to observe the change from a political, administrative, and financially centered system to a scene where thousands of agents started to constitute fundamental citizens in the field of health. The objective of this work is to understand how these different actors have absorbed and guaranteed the community the right to participate in the decision of health public politics. This research tries also to investigate the democratic speech and the participative practice implemented by the Worker's Party (PT) in the city of Ipatinga, during the period of 1989 and 2004. This work uses as theoretical referential the Communicative Action Theory of Habermas and, from this theory, a model of democracy which is understood as the institutionalization of the discursive processes of opinion and will formation, in a way that the political decisions are defined in a participative form, from the association between the representative mechanisms and the public debate propitiating, therefore, a process of reflection, discussion, and negotiation between the social actors involved, proper of the linguistic agreement, which guarantees the respect and the consideration of the citizens' common aspirations and collective interests. The results obtained indicate that there is an important democratic history in the City, but with indications, however, of retrocessions in the participative practices of the health sector, as the reproduction of traditional practices of government is verified.

LISTA DE SIGLAS

ACESITA – Companhia de Aços Especiais de Itabira

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Social

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CLS – Comissões Locais de Saúde

CMSI – Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COMPOR – Conselho Municipal de Orçamento

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMI – Prefeitura Municipal de Ipatinga

PPS – Partido Progressista Brasileiro

PSD – Partido Social Democrático

PSDB – Partido Social Democrata Brasileiro

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

SINDIPA – Sindicato dos Metalúrgicos de Ipatinga

SINTSERP – Sindicato dos Trabalhadores Público Municipal de Ipatinga

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDN – União Democrática Nacional

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

USIMINAS – Usina Siderúrgica de Minas Gerais

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Conferências Municipais de Saúde de Ipatinga, anos de realização, temas e eleição da gestão correspondente do Conselho Municipal.87

Quadro 2 - Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, gestão 2003/2004, respectivas datas e enfoques - Leituras das atas do conselho.92

Quadro 3 - Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, gestão 2003/2004, respectivas datas e enfoques - Observação participante.93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA.....	17
2. AÇÃO COMUNICATIVA E DEMOCRACIA	23
2.1 Teoria da Ação Comunicativa.....	23
2.2 Racionalidade Comunicativa	32
2.3 Ação Comunicativa e Mundo da Vida.....	37
2.4 Discurso e Democracia	41
3. SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR	49
3.1 O Discurso Da Participação Política	49
3.2 A Participação Popular no Setor Saúde	59
4 SAÚDE E DEMOCRACIA EM IPATINGA	74
4.1 A Cultura Política De Ipatinga.....	74
4.2 Participação Popular e Política Municipal de Saúde.....	80
4.2.1 A Participação Do Cidadão Nas Instâncias Colegiadas De Saúde	82
4.2.2 A Participação dos Cidadãos no Debate Público de Saúde.....	99
CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXO.....	125

INTRODUÇÃO

A crise econômica, social e política e a emergência de movimentos de reorganização da sociedade civil em vários países da Europa e na América Latina, nos anos 70/80, provocaram o fim das ditaduras militares em muitos países da América Latina. No Brasil, em especial, além do fim da ditadura militar esse processo de socialização política logrou o êxito de inscrever na constituição de 1988 avanços consideráveis na área de políticas sociais.

No caso específico do setor saúde, os atores envolvidos no processo de reforma sanitária idealizaram um sistema de saúde pautado na descentralização via municipalização e pelo controle social via participação popular. Este novo modelo de saúde trazia, ainda, os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade que buscavam romper com as políticas públicas excludentes (MENDES, 1995).

A realização desse projeto implicava construir uma nova relação entre Estado e sociedade, que passava pela democratização do primeiro na medida em que o obrigava a se tornar permeável às demandas da segunda, uma vez que o coloca a serviço do desenvolvimento e efetivação dos direitos de cidadania, principalmente, quando declara a saúde como dever do Estado e direito do cidadão (GERSCHMAN, 1995).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já expressava essa idéia de saúde como direito, quando afirma que saúde é resultado das formas de organização social da produção, geradoras de desigualdades, e deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. O Estado, por sua vez, deve assumir uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas,

assegurando meios para efetivá-la e isso só será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais pela população. Desse conceito amplo de saúde e desta idéia de direito como conquista social, emerge a noção de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde; o seu direito à liberdade, à livre organização e expressão e o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1986). Pois, como mostra a História, nada acontece por acaso, toda conquista é fruto de pressões sociais e de lutas organizadas, em busca de um projeto comum. Em franco contraste com esses pressupostos, o convívio com o descaso aos direitos parece ser a lógica do cotidiano. Diante deste panorama, parece imprescindível reafirmar permanentemente a participação da sociedade civil organizada, para continuar avançando na conquista dos direitos e manter duradouramente o que já foi conquistado. Em outras palavras, pensar a saúde como direito, passa a ser pensá-la como conseqüência da participação política, livre e igualitária, de todos os cidadãos envolvidos. Se esta afirmação é verdadeira e, se quisermos pensar a democratização do setor saúde e investigar sua realização num espaço municipal como é o caso desse estudo, precisamos de um referencial teórico coerente. Para tanto, escolheu-se a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas que nos oferece um conceito amplo e bem fundamentado de democracia, entendido como a *institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e da vontade* (HABERMAS, 1987a; 1997).

Segundo esta teoria, o sujeito envolvido na construção de um plano de ação não é mais definido como aquele que se relaciona com objetos para conhecê-los ou para agir sobre eles e domina-los, mas aquele que precisa entender-se com outros sujeitos sobre o que pode significar o fato de conhecer objetos ou agir sobre

objetos ou ainda, dominar objetos ou coisas (HABERMAS, 1987a). Este processo apresenta caráter comunicativo, mediado pela linguagem. Isto é, falantes e ouvintes visam entender-se sobre algo, sendo este entendimento um processo de obtenção de um consentimento sobre pretensões de validades reconhecidas por ambos. Estas pretensões de validade, levantadas com os atos de fala no uso comunicativo, são passíveis de julgamento objetivo e, da mesma forma que reconhecidas, podem ser problematizadas pelo ouvinte, levando falantes e ouvintes a entrarem num processo de argumentação, entendido como a apresentação das razões que podem produzir a rejeição ou a recuperação da pretensão questionada (HABERMAS, 1987a; 1989a; 1997). Este processo discursivo que pode ser entendido como a forma reflexiva da ação comunicativa e, cuja possibilidade está dada pelo mais simples entendimento lingüístico é o que define o modelo de democracia proposto por Habermas, de modo que as decisões políticas são definidas a partir do processo de negociação entre os indivíduos, na busca do entendimento e, na verdade, contribuem para o alcance das aspirações comuns e dos interesses coletivos dos cidadãos (HABERMAS, 1997). A partir deste referencial teórico, integrado aos principais pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, será feito o estudo das políticas municipais de saúde de Ipatinga, no que diz respeito às suas bases e relações democráticas.

A implementação do SUS, a partir da década de 90, vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, transferindo para os municípios a responsabilidade pela gestão dos sistemas locais. Dessa forma, a municipalização da saúde passa a ocupar um espaço privilegiado enquanto objeto de discussão, intervenção e avaliação por parte de diferentes sujeitos sociais, sendo apontada como estratégia central de democratização do setor, logo, de viabilização de vários princípios do SUS, pois aproxima os cidadãos das decisões do setor (MENDES, 1998;

BODSTEIN, 2002), o que é, de fato, uma condição essencial da participação dos diferentes atores sociais. Esta, por seu turno, viabiliza-se pela institucionalização dos órgãos colegiados decisórios, a saber, os conselhos e as conferências de saúde - espaços em que vários atores podem tomar parte e influenciar a formulação de estratégias, o controle, a avaliação e execução da política de saúde - desempenhando, em parceria com o Estado, o papel que a este cabe no regime democrático (CARVALHO; SANTOS, 2002).

Em qualquer sociedade é de crucial importância o processo de participação popular na formulação de políticas públicas e, no caso da sociedade brasileira - historicamente acostumada a uma política de saúde de caráter centralizado, burocratizado, privatista e excludente - a idéia de uma reforma em política pública que tem como diretrizes a descentralização e a participação popular é uma inovação de grande relevância.

A busca de criação de canais para a participação da população nas definições do governo e a inversão das prioridades de ação da administração foram diretrizes de governo no município de Ipatinga, estabelecidas com a eleição do candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1989, para prefeito municipal. Consoante com essas diretrizes, o processo de municipalização da saúde em Ipatinga se traduz em duas grandes frentes de mudança: a reorganização da rede de serviços e a garantia da participação popular na gestão e controle dos serviços (CUNHA; COUTINHO; MACHADO, 1994).

Transcorridos 16 anos que o Partido dos Trabalhadores (PT) vem administrando Ipatinga, é fundamental verificar se este modo de gestão democrática e participativa que se pauta na participação da sociedade nos atos de gestão dos administradores públicos permanece e se desenvolve de acordo com os interesses e

necessidades da comunidade, se os atores que os representam ainda podem se reconhecer nas vitórias alcançadas e se a produção da saúde, em Ipatinga, se consolida como um exemplo de construção de cidadania.

Aprendemos com Habermas que os diferentes atores sociais, com as suas diferentes inserções sociais e com os recursos de que dispõem, a saber, o poder administrativo, o poder econômico e laços de solidariedade gerados em processos interativos da sociedade civil, exercem influência sobre a formulação das políticas públicas, propostas pelo Estado (HABERMAS, 1987a; 1997). Da mesma forma, as políticas sociais de saúde e as feições que adquirem em cada momento histórico podem ser entendidas como uma resultante da combinação destes elementos e das relações estabelecidas entre os atores a eles vinculados (MELO, 1999). Entender como os diferentes atores sociais conseguiram absorver e garantir à comunidade, o direito de participar na tomada de decisão em política pública de saúde, no Município de Ipatinga, foi o interesse principal que motivou este trabalho.

Neste sentido, esta pesquisa procura investigar o discurso democrático e a prática participativa implementada pelo governo municipal, com o objetivo de verificar a influência dos vários atores sociais sobre a formulação das políticas públicas de saúde do município, buscando elucidar as seguintes questões: que procedimentos participativos pretendem tornar real o discurso de democracia? Em que medida os procedimentos participativos proporcionam, de fato, a participação dos vários atores sociais nas decisões do governo?

No capítulo 1 procuro esclarecer o referencial metodológico que lancei mão para compreender e analisar a participação popular na formulação das políticas públicas municipais de Ipatinga.

O capítulo 2 traz uma breve análise sobre a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e, tomando como marco esta teoria, a democracia definida como institucionalização dos processos discursivos de formação política da opinião e da vontade, que implica a participação em instâncias representativas, mas firmemente associadas ao debate público, tenta-se analisar como se aproximam ou se distanciam, no caso de Ipatinga, teoria e prática políticas - intenção e gesto, no dizer do poeta.

No capítulo 3, procuramos resgatar as origens da idéia de participação, com um recorte específico na área da saúde, em que se acompanha o percurso da participação popular na saúde desde o nascimento da previdência social brasileira e, a partir de 1988, com a origem do Sistema Único de Saúde, quando se inova ao inserir em sua proposta básica, fóruns específicos – como os Conselhos e as Conferências de Saúde – que se tornaram canais fundamentais para a participação da sociedade civil na formulação e gestão da política pública de saúde, bem como o controle social.

No capítulo 4, percorremos os traços da cultura política de Ipatinga, salientando os movimentos sociais na década de oitenta que possibilitaram a chegada do Partido dos Trabalhadores à administração de Ipatinga. É neste capítulo que apresento a análise dos resultados da participação popular, do município, no setor saúde a partir da constituição das instâncias colegiadas e no debate público.

Finalizamos a dissertação destacando que ainda existe uma prática política no setor saúde de Ipatinga com incentivo à participação popular, só que esta é feita, predominantemente, nos limites das instâncias institucionais de participação sem o vínculo desejável com a população representada - a vocação da população

de apropriar-se dos canais de participação e decidir de maneira democrática as políticas de saúde encontra-se, atualmente, adormecida.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para subsidiar a definição de futuras políticas de saúde pública, no que diz respeito em tornar realidade o discurso democrático, uma vez que não se trata apenas do passado, mas sim de entender o presente que é fruto de nossa história e cuja resposta encaminhará o nosso futuro.

1. METODOLOGIA

A concepção de metodologia utilizada, neste trabalho, é a proposta por Minayo (2000) ao definir metodologia como o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia inclui as concepções teóricas que sustentam o estudo e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade.

A autora afirma que, o objeto das Ciências Sociais é histórico e possui consciência histórica. Isto significa que os eventos sociais existem num determinado tempo e espaço e os grupos sociais que os constituem são mutáveis, o que estabelece que o objeto das Ciências Sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. Existe uma identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, portanto, o pesquisador não é neutro em relação ao objeto estudado nem ao resultado encontrado no processo de investigação. É o caso do objeto a ser investigado nesse estudo, ou seja, a influência dos diferentes atores sociais na formulação das políticas de saúde no Município de Ipatinga, como eventos sociais cuja natureza impõe uma abordagem qualitativa, tendo como estratégia metodológica o estudo de caso que, “caracteriza-se pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo detalhamento e conhecimento” (TRIVIÑOS, 1990, p. 124).

Assim, a opção metodológica adotada implica uma estratégia de investigação empírica, centrada na identificação de como os vários atores sociais e seus interesses se organizam e se inter-relacionam no processo de disputa política na formulação das políticas de saúde. Após o reconhecimento dos principais atores

em ação – gestores, profissionais de saúde e usuários - decidiu-se que a aproximação ao objeto de investigação seria feita utilizando-se a associação de várias técnicas de pesquisa, a saber, 1) entrevistas, 2) grupo focal, 3) observação participante e 4) pesquisa documental.

À aproximação ao meu objeto de investigação se deu a partir de: três (03) entrevistas abertas com os gestores - um prefeito e dois secretários municipais, entrevistas essas necessárias, por reconhecer nestes atores o maior poder de decisão sobre a formulação de políticas de saúde; oito (08) entrevistas abertas com trabalhadores de saúde; quatorze (14) entrevistas abertas com representantes dos usuários e 1 grupo focal também com representantes dos usuários. Foram selecionados sujeitos entrevistados das oito regiões de saúde de Ipatinga. A observação participante foi feita pelo acompanhamento das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Havia a previsão de participação da Conferência Municipal de Saúde de 2004 e suas respectivas pré-conferências, mas elas foram adiadas e não se realizaram até o presente momento. As fontes secundárias foram as atas do conselho, jornais do município e relatórios das Conferências.

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados que permite a interação entre o entrevistador e entrevistado.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000, p.109 - 110).

Para Rigotto (1998), as técnicas de relatos orais valorizam as experiências vividas pelos sujeitos da pesquisa. Colocando o sujeito e sua cultura em lugar de destaque.

Foram elaborados dois roteiros de entrevistas, um para os gestores (ANEXO A), outro para os profissionais e usuários (ANEXO B), contendo questões abertas, que consideramos mais adequadas, por permitir uma maior liberdade de expressão por parte do entrevistado que pode discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas. Esta abordagem, também, permitiria que nos posicionássemos ou que pudéssemos, se necessário, provocar outras interrogações complementares no sentido de elucidar a nossa percepção.

Em relação ao grupo dos gestores, foram mantidos contatos com seis, sendo quatro secretários de saúde e os dois prefeitos, mas somente três se manifestaram a favor de realizar a entrevista.

O critério de inclusão na amostra dos usuários baseava no fato destes participarem ou já terem participado da Comissão Local de Saúde, associação de moradores ou pastoral da saúde, pois acreditamos que estes atores teriam condições de influenciar nas decisões de políticas públicas.

Destacamos que, inicialmente a técnica de escolha para abordagem dos trabalhadores de saúde aconteceria através de grupo focal. Porém, devido ao fato de estarmos no período que antecedia as eleições, tornava-se constrangedor para os profissionais exporem suas opiniões, porque alguns deles eram contratados e ainda porque havia, entre os candidatos disputando as eleições para prefeito, um que já fora detentor do cargo majoritário dentro do período de 1993 a 1996, estabelecido para efeito de estudo da nossa investigação. Por isso, reoptamos pelas entrevistas. Foi considerado como critério de escolha dos trabalhadores da saúde o fato de ser servidor, ter vivenciado, no mínimo, duas transições administrativas e exercer ou ter exercido cargo de gerência no setor saúde do

município, por identificar nestes, influência na formulação das políticas públicas de saúde.

O grupo focal consiste de técnica para tratar questões pertinentes ao tema sob o ângulo do social, pois possibilita a apreensão das representações e relações dos diferenciados grupos envolvidos, sejam eles profissionais da área, dos vários processos de trabalho ou membros da população (MINAYO, 2000). Foi a técnica escolhida para a abordagem dos grupos de usuários. O grupo focal foi realizado com representantes dos usuários das oito regionais de saúde de Ipatinga e membros do Conselho Municipal de Saúde.

Por fim, tem-se a observação participante, para a qual Schwartz e Schwartz (1955) apud Minayo, (2000) propõem a seguinte formulação:

Definimos como observação participante um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955, p. 355).

Utilizou-se a técnica de observação participante como componente essencial da investigação e, por razões óbvias relativas ao tema, ela foi feita junto ao Conselho Municipal de Saúde, permitindo confrontar a prática aí desenvolvida com o discurso rotineiramente elaborado pelos atores que dele participam. O trabalho de campo consistiu da observação participante em sete reuniões do conselho, gestão 2003/2004.

O trabalho de campo iniciou-se com o estudo piloto de todos os procedimentos, desenvolvido no período compreendido entre março e maio de 2004,

com objetivo de testar a operacionalidade da metodologia e a estratégia a serem desenvolvidas na coleta de dados.

Como se trata de pesquisa qualitativa, os participantes foram escolhidos, intencionalmente, segundo a importância que têm para a pesquisa (THIOLLENT, 1996). No que se refere à amostragem a nossa preocupação foi “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão” sendo, portanto, a amostra ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2000, p. 102).

A questão de validade desta amostra foi por nós assumida pela sua capacidade de responder às nossas questões, considerando suficiente o número de entrevistas no momento que observávamos a repetição e o esgotamento das categorias nos discursos dos entrevistados.

Todos os entrevistados foram contactados previamente, quando se fez a apresentação da intenção da pesquisa e solicitou-se o agendamento da entrevista. Todos assinaram termo de consentimento (ANEXO C).

As entrevistas individuais e a discussão do grupo focal foram gravadas em fita cassete e transcritas pelo próprio pesquisador. As fitas foram transcritas na íntegra, resguardamos o sentido da fidedignidade das falas, quando da redação do trabalho. A observação participante gerou um diário de campo, com o registro dos fatos considerados relevantes, segundo um roteiro previamente elaborado. Assumimos de antemão que as falas dos atores pesquisados, colhidas nas entrevistas, no grupo focal e, quando for o caso, na observação participante, seriam mantidas na sua forma original com linguagem coloquial, descrevendo nossa interpretação sobre as mesmas. Acreditamos que isto permitirá ao leitor a sua interpretação, que poderá ser, inclusive, contrária com a do autor, certamente

enriquecendo mais o debate. O anonimato foi garantido através da categorização por grupos de representação, omitindo assim, nome ou profissão.

A análise do material obtido nas entrevistas, no grupo focal e na observação participante levantou um grande volume de informações que, após sucessivas leituras e classificações e, associadas aos subsídios teóricos, foram organizadas em torno de duas categorias, 1) a participação dos cidadãos em instâncias colegiadas e, 2) a participação dos cidadãos no debate público acerca da saúde, orientando a atuação dos seus representantes nas instâncias colegiadas, por meio das quais procuramos apreender e analisar o nosso objeto de estudo.

2. AÇÃO COMUNICATIVA E DEMOCRACIA

2.1 Teoria da Ação Comunicativa

A mudança de paradigma, decorrente da “virada lingüística”¹ – processo pelo qual a linguagem passa a ser o fundamento de todo o pensamento e segundo o qual não há saber humano possível que não se expresse pela linguagem - oferece um terreno fecundo para Habermas pensar uma teoria social – a Teoria da Ação Comunicativa – que preserve a relação entre razão e sociedade – no caso, a razão incorporada ao entendimento lingüístico – imprescindível para se pensar a possibilidade de liberdade do homem.

Segundo Habermas (1989a), esse novo paradigma só pode ser compreendido à luz da perspectiva pragmático-lingüística, a dita virada pragmática, que tem seu terreno inicialmente preparado pela virada lingüística e que considera e privilegia o uso comunicativo da linguagem por atores que interagem. Sem a linguagem não se pode mostrar que algo tenha sentido ou validade – a mediação lingüística está presente em toda relação significativa entre sujeito e objeto, bem como em toda comunicação humana. Quer dizer que não se pode restringir o sentido da linguagem à uma ação de meramente informar ou indicar estados de coisas, e que os sujeitos de uma interação lingüística terão sempre que chegar a “um entendimento mútuo sobre o sentido das palavras usadas e sobre o sentido do ser das coisas mediadas pelo significados das palavras” (HERRERO, 1991, p. 622).

Toda a língua é constituída de sinais lingüísticos e pode ser pensada segundo três dimensões, a dimensão sintática que indica a relação dos sinais entre

¹ Em relação a virada lingüística ver Habermas, 1989a e 1990, p. 65-148.

si, sendo que um sinal remete a outro; a dimensão semântica que compreende a relação dos sinais com o significado e a dimensão pragmática que estabelece a relação dos sinais com os sujeitos, isto é, com o uso que esses sujeitos fazem da linguagem. Desta forma, a dimensão pragmática possibilita a integração das outras duas dimensões e é considerada transcendental em relação a elas (HABERMAS, 1989a). Os sinais lingüísticos que mediam todo sentido e validade possíveis devem ser entendidos como “algo que representa alguma coisa para alguém” (HABERMAS, 1990, p.106), constituindo uma tríplice relação:

- a) com algo no mundo e que é por ele representado;
- b) com o significado desse algo;
- c) com os intérpretes que fazem uso comunicativo desse sinal.

Dessa forma, todo falante, na interação comunicativa com outros atores, realiza uma ação de fala bem sucedida quando chega a entender-se com o destinatário sobre algo no mundo, sendo que, a utilização de uma ação de fala dessa maneira cumpre as funções de: a) expor um estado de coisas em referência ao mundo dos fatos, b) estabelecer uma relação interpessoal, por referência ao mundo social e às normas que o regulam e, c) expressar uma intenção, que faz referência ao mundo subjetivo. Logo, o uso pragmático da linguagem incorpora todas as três funções da linguagem, a saber, a expositiva ou representativa, a apelativa ou interativa e a expressiva (HABERMAS, 1990).

As três funções universais de expor algo, manifestar a intenção do falante e estabelecer uma relação pessoal entre falante e ouvinte com a ajuda de uma oração, subjazem todas as funções que um proferimento pode cumprir em contextos particulares (HABERMAS, 1989a, p. 332).

De acordo com Ferreira (2000), Habermas mostra que todo sentido e validade dependem do entendimento mútuo por parte dos sujeitos envolvidos na comunicação, pois o uso da língua tem como condição essencial o entendimento prévio sobre todos os sinais lingüísticos. Logo, o pensar está intrinsecamente ligado à linguagem, não sendo, portanto, uma atividade individual, monológica. Quando se pensa algo, esse algo deve ser mediatizado por sinais e para que um sinal tenha sentido e validade é preciso que haja um entendimento mútuo intersubjetivo sobre ele, pois pressupõe-se que esse sinal seja compreendido por todas as pessoas envolvidas na comunicação. Concluindo, a linguagem na visão habermasiana é *medium* intranscendível de todo sentido e de toda validade, uma vez que ela está na base de todo pensar, de todo agir e de todo argumentar, não se podendo, por esse motivo, dela prescindir e é na sua dimensão pragmática, representada pelo entendimento intersubjetivo acerca dos enunciados lingüísticos da comunidade de argumentação que reside a condição de possibilidade de todo pensar e agir.

As proposições semânticas só têm sentido pelo motivo de existirem sujeitos que se entendem uns com os outros sobre o significado delas, e que a partir desse entendimento consensual, podem utilizá-las em suas argumentações e na coordenação das suas ações coletivas. Assim sendo, a dimensão pragmática está subentendida na semântica e toda proposição semântica é potencialmente pragmática (HABERMAS, 1989a). Portanto, para Habermas, o entendimento do significado de uma expressão lingüística vem entrelaçado com o uso comunicativo da mesma. "Nenhum sujeito poderia saber o que significa entender o significado de uma expressão lingüística, caso não soubesse como se servir dela para entender-se com alguém sobre algo " (HABERMAS, 1990, p. 146).

Para ele, essa é a idéia fundamental da teoria pragmática do significado e diz respeito ao “nexo interno existente entre significado e validade” (HABERMAS, 1990, p. 76). Assim, o significado de uma afirmação é determinado pela sua condição de verdade, o significado de uma ordem é determinado pela sua condição de obediência e o significado de uma promessa é determinado pela sua condição de cumprimento.

“O falante não pode atingir o seu objetivo ilocucionário de comunicar um fato, de dar uma ordem, de fazer uma promessa ou de revelar uma experiência íntima, se ele não deixar entrever, ao mesmo tempo, as condições sob as quais seus proferimentos podem ser aceitos como válidos – e de tal modo que a sua pretensão ao preenchimento dessas condições também revele implicitamente que ele aduzirá razões para isso, caso seja necessário. O ouvinte precisa ter razões para aceitar (ou questionar) uma asserção como verdadeira, uma ordem como legítima, uma promessa como obrigatória, uma confissão como autêntica ou sincera. Sem o conhecimento das condições para tal tomada de posição em termos de sim/não, o ouvinte não conseguirá entender a ação de fala (HABERMAS, 1990, p.145-6).

Desta forma, para Habermas, as dimensões do significado e da validade estão inerentemente ligadas na linguagem, e é impossível dissociar questões de significado e questões de validade. Diz ele:

Não é possível isolar, de um lado, a questão fundamental da teoria do significado, isto é, o que significa compreender o significado de uma expressão lingüística, e, de outro lado, a questão referente ao contexto em que essa expressão pode ser aceita como válida (HABERMAS, 1990, p. 77).

Assim sendo, a linguagem está na base de tudo, de todas as inter-relações humanas com sentido e validade; e ainda, toda proposição é essencialmente pragmática porque não seria possível dizer que ela é verdadeira ou falsa, que ela tem sentido ou que é válida, se não houvesse sujeitos do

conhecimento. Nesse sentido, para Habermas, o entendimento consensual é o *télos* da linguagem (HABERMAS, 1987a, 1990).

Em sintonia com estas inovações, segundo Habermas, cada ação de fala, uma vez que articula significado e validade, por meio das condições de validade dadas pelas referências ao mundo objetivo, ao mundo social e ao mundo subjetivo, levanta pretensões de validade passíveis de julgamento objetivo, que podem então ser criticadas, quanto à validade sob três aspectos, veracidade, a correção normativa e a verdade, ou seja:

Como inverídica, em relação a uma asserção feita (ou seja, pressupostos em relação à existência do conteúdo da asserção); como incorreta, em relação a contextos normativos existentes (ou em relação à legitimidade das normas pressupostas); e como não são sinceras, em relação à intenção do falante (HABERMAS, 1990, p. 80)

Essa articulação entre significado e validade só é possível devido a dupla estrutura que todo ato de fala possui: um componente ilocucionário ou performativo, que revela a intenção de um falante e um componente proposicional, que conduz um conteúdo.

(...) um ato de fala revela a intenção do falante; um ouvinte pode deduzir do conteúdo semântico do proferimento o modo como a sentença proferida é utilizada, ou seja, pode saber qual é o tipo de ação realizado através dele. As ações lingüísticas interpretam-se por si mesmas, uma vez que possuem uma estrutura auto-referencial. O componente ilocucionário determina o sentido de aplicação do que é dito, através de uma espécie comentário pragmático. A idéia de Austin, segundo a qual nós, ao dizermos algo, fazemos algo, implica recíproca: ao realizarmos uma ação de fala dizemos também o que fazemos. Esse sentido performativo de uma ação de fala só é captado por um ouvinte que assume o enfoque de uma segunda pessoa, abandonando a perspectiva do observador e adotando a do participante (HABERMAS, 1990, p. 67).

O elemento proposicional é aquele que constitui o “algo” que deve ser entendido num processo comunicativo e coloca-nos em relação com a coisa, com o objeto, ou de um modo geral, com o mundo – é o aspecto semântico referencial. E o elemento performativo é aquele pelo qual se estabelece um determinado tipo de comunicação entre falante e ouvinte. É ele que nos coloca em relação com o ouvinte e que dá o sentido com que se emprega um conteúdo proposicional: sentido de afirmação, de ordem, de explicação etc. Assim, o significado de um ato de fala abrange dois níveis: no primeiro nível, falantes e ouvintes estabelecem relações interpessoais (é o nível em que eles se entendem entre si sobre qual é o sentido do conteúdo expresso), o segundo é o nível de comunicação de um conteúdo (é o entender sobre algo) (HABERMAS, 1990).

Habermas distingue entre ato locucionário, ilocucionário e perlocucionário². Nos atos locucionários, o falante procura expressar estados de coisas, relatar fatos, mencionar eventos, dizer algo: por exemplo, quando ele diz que “faz calor”, ou que “é feriado”.

Com o uso dos atos ilocucionários, o falante realiza uma ação com a sua fala e o componente ilocucionário indica pragmaticamente o sentido de aplicação do que é dito. Desta forma, ao se fazer uma afirmação, confissão, promessa, dar um conselho etc., o falante está executando a ação manifestada, isto é, afirmando uma proposição, confessando um sentimento, prometendo, aconselhando e, não apenas relatando fatos. O ato ilocucionário é capaz de revelar a função que uma determinada proposição adquire no ato de fala, já que pela própria estrutura auto-

² Sobre a distinção entre atos locucionário, ilocucionário e perlocucionário ver Habermas, (1987a, p. 370-372) e Habermas, (1990, p. 118-120).

referencial das expressões ilocucionárias, as ações lingüísticas interpretam-se por si mesmas – assim sendo, a intenção do falante é facilmente captada pelo ouvinte³.

Utilizando os atos perlocucionários, o falante tem o propósito de causar um efeito sobre o ouvinte. Para que esse efeito perlocucionário se concretize, o falante deve agir estrategicamente orientado pelo êxito, como, no caso do falante que age para ludibriar, dominar o ouvinte (HABERMAS, 1989a).

É importante salientar, que a dupla estrutura performativo-proposicional de todo ato de fala é universal e, para se conseguir fins performativos do tipo instrumental ou estratégico, o falante só consegue obter êxito com suas ações de fala, se tiver, primeiramente, um êxito ilocucionário. Então, essa dupla estrutura universal está ligada à estrutura de reciprocidade dialógica pois, em todo ato de fala, pode-se identificar um conteúdo proposicional afirmado, que, ao mesmo tempo, se refere intersubjetivamente aos outros (HABERMAS, 1990).

Por este motivo, um ato de fala só será bem sucedido na medida que o ouvinte der seu assentimento sobre ele, o que pressupõe o reconhecimento desse ato de fala, como sendo um ato de fala válido, pelo ouvinte. Reivindicar validade (ser reconhecido por todos ou ser digno de reconhecimento) para um proferimento significa levantar pretensão de poder defendê-lo com boas razões diante de todo e qualquer destinatário. A validade de um proferimento remete às pretensões de validades levantadas em todo ato de fala, e toda pretensão à validade impõe uma tomada de posição de Sim ou Não por parte do destinatário (HABERMAS, 1990). Logo, diante disso, tem-se a comprovação da estrutura básica de reciprocidade, presente em toda comunicação “entre sujeitos lingüística e interativamente competentes” (HABERMAS, 1989a, p. 368) e, conseqüentemente, universal, pois as

³ Habermas diz que a dupla estrutura performativo-proposicional possui reflexividade. Os sujeitos do diálogo têm que ligar a comunicação de um conteúdo com o sentido em que se emprega o conteúdo (Habermas, 1989a).

pretensões de validade levantadas em todo ato de fala levam ao reconhecimento intersubjetivo por parte de falantes e ouvintes, situação que não pode ser cumprida unilateralmente.

Toda proposição com sentido e validade levanta, sempre, quatro pretensões à validade intersubjetiva. A primeira pretensão universal de validade refere-se à inteligibilidade do sistema lingüístico, devendo as expressões simbólicas ser compreensíveis e bem formadas o que permite entender o que foi dito, ou seja, ter o mesmo sentido intersubjetivo para os membros comunicantes. Sendo assim a compreensibilidade das regras lingüísticas é condição para as outras três pretensões ocorrerem (HABERMAS, 1989a).

A segunda pretensão universal de validade refere-se à verdade, a qual utiliza-se do uso cognitivo da linguagem para tematizar o conteúdo do proferimento. O falante visa entender-se com o destinatário sobre algo no mundo objetivo (entendido como a totalidade sobre as quais são possíveis enunciados verdadeiros); ou seja, ao cumprir essa pretensão de verdade, o destinatário assume e compartilha o saber do falante. Com a mesma proposição o falante levanta, também, a terceira pretensão universal de validade que diz respeito à correção ou pretensão normativa (mundo social), a qual vale-se do uso interativo da linguagem para tematizar o aspecto intersubjetivo da relação com o destinatário, reconhecida como legítima em relação aos contextos de normas existentes. Concomitantemente às pretensões à verdade e à correção, o falante levanta a pretensão à veracidade (mundo subjetivo) de seu proferimento, a qual utiliza-se do uso expressivo da linguagem para tematizar as intenções subjetivas do falante, isto é, expressar para o destinatário os seus desejos, opiniões, pensamentos, intenções, etc.(HABERMAS, 1989a).

Assim sendo, com o ato ilocucionário o falante, assume com o ouvinte um compromisso, que, em princípio, deverá ser cumprido preenchendo todas as condições que serão posteriormente relevantes para a interação. Esse compromisso que implica em certas obrigações recíprocas, caso o ato de fala seja aceito, é decorrente da energia vinculante da linguagem e é o que garante a capacidade dela em mediar ações coletivas desenvolvidas de modo cooperativo por sujeitos que se comunicam.

O vínculo que um falante está disposto a contrair com a execução de um ato ilocucionário significa a garantia de que, sendo conseqüente em relação ao seu proferimento, ele cumprirá determinadas condições, por exemplo, dar por encerrada uma questão quando for dada uma resposta satisfatória; retirar uma afirmação quando estiver clara a sua falsidade; seguir ele mesmo o conselho que dá quando se encontra em situação igual ao ouvinte; insistir em uma exigência quando esta não tiver sido cumprida, etc. A força ilocucionária de um ato de fala aceitável consiste, portanto, em que se pode levar um ouvinte a confiar nas obrigações típicas para cada classe de atos de fala que o falante contrai (HABERMAS, 1989a, p. 362).

A ação comunicativa é o tipo de interação mediada exclusivamente pelo entendimento lingüístico, isto, pelo acordo constituído pelo consenso sobre as pretensões de validade levantadas pelos atos de fala. Portanto, os atos de fala que buscam fins ilocucionários são capazes de coordenar a ação ao promover, com sua própria força, a aceitação dos ouvintes; por isso, funcionam como fonte de integração “capaz de criar um vínculo baseado na força de convicções que possuem razões” (HABERMAS, 1987a, p. 391). Logo, a diferença entre fins ilocucionários e perlocucionários também remete a uma distinção entre o agir comunicativo e estratégico, pois, como está sendo visto, os fins ilocucionários só podem ser alcançados na relação interpessoal com a cooperação e o consentimento do destinatário, razão pela qual esse tipo de ação se distingue como sendo

essencialmente comunicativo. Em compensação, os fins perlocucionários são resultados de ações teleológicas estratégicas que não podem ser colocadas abertamente, não necessitando, assim, do consentimento do destinatário. Diz Habermas:

Conto, pois, como ação comunicativa aquelas interações mediadas lingüisticamente em que todos os participantes perseguem com seus atos de fala fins ilocucionários e só fins ilocucionários. As interações [...] em que ao menos um dos participantes pretende com seus atos de fala provocar efeitos perlocucionários em seu interlocutor, considero-as como ação estrategicamente mediada lingüisticamente [...] A ação comunicativa se distingue das interações de tipo estratégica porque todos os participantes perseguem, sem reservas, fins ilocucionários com o propósito de chegar a um acordo que serve de base a uma coordenação acertada de planos de ação individuais (HABERMAS, 1987a, p.378-9)

2.2 Racionalidade Comunicativa

Foi visto que para Habermas o entendimento mútuo implica pelo menos dois sujeitos, comunicativamente competentes, que entendam de maneira idêntica o significado de uma expressão lingüística.

A comunicação exige pois uma orientação para o entendimento mútuo, entendimento que só pode ser elucidado por referência aos atos ilocucionários. E a comunicação orientada ao entendimento tem uma estrutura simétrica, supõe uma interação na qual o objetivo ilocucionário é alcançado por todos os participantes através do entendimento mútuo. Ora, o entendimento mútuo, visado pelo proferimento, implica um acordo que não pode ser imposto nem instrumentalmente por intervenção direta na situação da ação, nem estrategicamente por influência, calculada pelo êxito da ação, sobre as decisões de um parceiro. Essencial ao acordo é sua validade para os participantes (HERRERO, 1991, p. 625)

Pelo fato de ter por fim o reconhecimento das pretensões por parte do ouvinte e, portanto, implicitamente, um acordo ou consenso sobre elas, todo ato de

fala levanta pretensões universais de validade, e dependendo de qual delas é enfatizada, classificam-se os atos de fala em⁴:

a) Os atos de fala constatativos (com os quais o falante se refere a algo no mundo objetivo), levanta uma pretensão de validade em relação à verdade da afirmação;

b) Os atos de fala regulativos (com os quais o falante se refere a algo no mundo social, à uma relação interpessoal que seja reconhecida como legítima), levanta uma pretensão de conformidade com as normas na interação lingüística;

c) Os atos de fala expressivos (com os quais o falante se refere a algo pertencente ao mundo subjetivo, com o intuito de mostrar para o ouvinte uma vivência à qual ele tem acesso privilegiado), levanta uma pretensão de veracidade.

As pretensões que são levantadas por meio de atos de falas estão expostas e suscetíveis às críticas e questionamentos, isto é, quando ocorre a negação dos atos de fala constatativos, o ouvinte questiona a pretensão de verdade que o falante levanta com a afirmação do conteúdo de sua proposição; com a negação dos atos de fala regulativos, o ouvinte questiona a correção normativa que o falante pretende com a sua ação de fala; e com a negação dos atos de fala expressivos, o ouvinte põe em dúvida a pretensão de veracidade levantada pelo falante no seu ato de fala.

Portanto, o entendimento que tem como objetivo o consenso por meio da linguagem ocorre como acordo sobre as quatro pretensões de validade, sendo essas universais – são levantadas por todo ato de fala e ultrapassam os contextos empíricos da realidade sensível (apesar de levarem em conta esses contextos particulares) – e também simultâneas – pressupõem, cada uma, por sua vez,

⁴Cf. Habermas (1987a, p. 393), Habermas (1989a, p. 363-364) e Habermas (1990, p. 147).

concomitantemente, as pretensões de validade, ficando uma explícita, e as demais, subentendidas (HABERMAS, 1989a).

Para Habermas, as pretensões à validade levantadas com qualquer proferimento só podem ser fundamentadas ou criticadas com razões; portanto discursivamente. Ele afirma que:

A verdade das proposições, a correção das normas morais e a inteligibilidade ou correta formação das expressões simbólicas são, por seu próprio sentido, pretensões universais de validade que pode submeter-se a exame em discursos (HABERMAS, 1987a, p. 69).

Por esta razão, pressupõe-se que, em princípio, todo ser humano é discursivo. A resolução discursivo-consensual de todas as pretensões à validade supõe uma estrutura dialógica de reciprocidade, uma vez que, ao reivindicar validade para seu proferimento, o falante levanta sempre a pretensão de poder defender seu proferimento, com boas razões, diante de qualquer contra-argumentante. É essa garantia que leva o ouvinte a aceitar a proposta contida nos atos de fala. Assim, o acordo sobre pretensões de validade, produzido entre os participantes de uma interação lingüisticamente mediada, é um acordo racionalmente produzido, isto é, falantes e ouvintes aceitam uma manifestação porque tem boas razões para fazê-lo. Caso haja questionamento das pretensões de validade, falantes e ouvintes podem argumentar, dentro do seu próprio contexto, para produzir o entendimento e com ele a interação comunicativa. Se o desacordo é profundo, passa-se, a uma prática argumentativa mais rigorosa, o discurso. Evidencia-se, assim, a racionalidade comunicativa, subjacente a todo o processo de entendimento lingüístico e à prática argumentativa a que ele inerentemente remete.

Habermas reconhece, como querem seus críticos e como de resto não seria possível negar, que é possível encontrar racionalidade tanto nos processos de

entendimento lingüístico entre sujeitos que interagem – racionalidade comunicativa – como na estrutura proposicional do conhecimento – a racionalidade epistêmica – e na estrutura da ação – a racionalidade teleológica (HABERMAS, 2004). É a racionalidade subjacente ao falar, ao conhecer e ao agir dos atores sociais.

(...) parto da idéia de que empregamos o predicado “racional” primordialmente para opiniões, ações e proferimentos lingüísticos porque deparamos, na estrutura proposicional do conhecer, na estrutura teleológica do agir e na estrutura comunicativa do falar, com diferentes raízes da racionalidade (HABERMAS, 2004, p.101).

No entanto, para Habermas, do mesmo modo que a racionalidade comunicativa, tanto a racionalidade epistêmica como a racionalidade teleológica remetem inerentemente à argumentação, portanto, ao uso comunicativo da linguagem.

A racionalidade epistêmica compõe-se de proposições e juízos que podem ser verdadeiros ou falsos. No entanto, todo saber tem uma natureza lingüística e não poderia existir se não pudesse se expressar. Ademais, saber algo não significa apenas ter conhecimento de fatos considerados verdadeiros, mas inclui necessariamente o saber sobre o porque tais fatos são verdadeiros – ou seja, é preciso ser capaz de fundamentar ou criticar a verdade desses fatos.

Conhecemos fatos e temos um saber sobre eles apenas se, ao mesmo tempo, sabemos porque são verdadeiros os juízos correspondentes. Do contrário, falamos de saber intuitivo ou implícito, de um saber “prático” sobre como se faz algo. Podemos entender muito bem de uma coisa sem saber em que consistem essas competências. Em contrapartida, o “saber o que” está implicitamente ligado ao “saber por quê” e remete nesse sentido a justificações potenciais (HABERMAS, 2004, p. 104.).

O saber também não seria possível se não pudesse ser colocado em prática, pois é na prática que ele é desafiado pela realidade, possibilitando o

processo de aprendizagem. Portanto, “a racionalidade epistêmica está entrecruzada com o uso da linguagem e com a ação “ (HABERMAS, 2004, p.104).

A racionalidade teleológica é aquela subjacente ao agir: toda ação é teleológica pois o ator escolhe, entre os meios disponíveis, aqueles mais adequados à obtenção do fim por ele desejado. A racionalidade do agir se mede pelo fato do ator ter alcançado o resultado com meios deliberadamente escolhidos e empregados. Desse modo, o ator é considerado bem sucedido racionalmente, se sabe por que teve êxito e se esse saber o motiva de tal forma que ele execute sua ação por razões que podem explicar o seu êxito (HABERMAS, 2004). E da mesma forma que o saber inclui a capacidade do ator em refletir sobre ele e em justificá-lo, o agir racional orientado a fins também exige a reflexão sobre a intenção de agir, os meios disponíveis e as condições dadas, enfim, exige o cálculo racional precedendo ação com o intuito de obter o êxito desejado. Essa racionalidade orientada a fins se entrelaça, pois, com as estruturas do saber e da fala (HABERMAS, 2004).

É racional o ator capaz de refletir ou explicar, para si mesmo e para os demais atores, as razões que justificam as suas crenças e convicções, as suas ações e os meios que elege para alcançar um fim e, ainda a relação que estabelece com os outros sujeitos, segundo normas e valores socialmente reconhecidos. Toda reflexão é discursiva e integra a racionalidade do saber, do falar e do agir. Mais do que isso, a capacidade de reflexão só é adquirida na prática comunicativa: os sujeitos só desenvolvem sua individualidade na interação com outros sujeitos, no processo de socialização. Mais uma vez constata-se que as diferentes raízes da racionalidade – a estrutura proposicional do saber, a estrutura teleológica do agir e a prática comunicativa cotidiana dirigida ao entendimento – remetem à prática argumentativa que as integra.

Estas [raízes da racionalidade], por sua vez, não parecem ter nenhuma raiz comum, pelo menos não na estrutura discursiva da práxis da fundamentação, nem na estrutura reflexiva da auto-referência de um sujeito participante dos discursos. Parece, antes, que a estrutura discursiva cria uma correlação entre as estruturas ramificadas de racionalidade do saber, do agir e da fala ao, de certo modo, concatenar as raízes proposicionais, teleológicas e comunicativas. Nesse modelo de estruturas nucleares engrenadas umas as outras, a racionalidade discursiva deve seu privilégio não a uma operação fundadora, mas uma operação integradora (HABERMAS, 2004, p.101).

2.3 Ação Comunicativa e Mundo da Vida

A interação entre sujeitos lingüísticamente mediada ou ação comunicativa se realiza dentro do mundo da vida, isto é, um pano de fundo o qual aparece como horizonte contextual dos processos de entendimento (contexto onde ocorrem as interações), delimitando a situação da ação e permanecendo inacessível à tematização. Nesse sentido, o saber próprio do mundo da vida é caracterizado por não estar à nossa disposição a qualquer momento, já que não podemos torná-lo consciente à vontade de colocá-lo em dúvida; é um saber presente na forma de autoevidências culturais, tão familiar que os agentes nem sequer pensam em colocá-lo em dúvida; é um saber holístico, implícito, intuitivo, que se furta à tematização dos atos de fala; enfim, é um horizonte composto de convicções de fundo que são compartilhadas por todos e permitem o entendimento (HABERMAS, 1987b).

Ao atuar comunicativamente, os sujeitos se entendem sempre no horizonte de um mundo da vida. Seu mundo da vida está formando de convicções de fundo, mais ou menos difusas, não problematizadas. O mundo da vida, enquanto pano de fundo, é a fonte de onde os agentes obtém as definições da situação tidas como não problemáticas (HABERMAS, 1987b, p.104).

Nas interações sociais, os atores com seus proferimentos recortam uma determinada situação no mundo da vida, tornando-se esse fragmento um contexto

da situação que passa ser objeto tematizável dos proferimentos comunicativos. A partir daí, uma vez problematizadas, estas certezas são evidenciadas e referidas aos três mundos, objetivo, social e subjetivo, tornando-se então, pretensões de validades suscetíveis de crítica. Desta forma, os conteúdos destes três mundos acabam por constituir restrições ou limites que definem uma situação, dentro do qual os atores têm que realizar os seus planos. Uma situação deve ser entendida como um fragmento do mundo da vida que foi evidenciado por um tema e confrontado com o conteúdo dos três possíveis mundos, podendo agora, ser reproduzido ou transformado. As definições e redefinições de uma situação em virtude dos conteúdos atribuídos aos mundos formais (mundos objetivo, social, subjetivo) são na verdade, a reinterpretação de elementos deste saber de fundo, que é o mundo da vida.

Em suas operações interpretativas, os membros de uma comunidade de comunicação distinguem o mundo objetivo e o mundo social que compartilham intersubjetivamente, frente aos mundos subjetivos de cada um e frente aos demais coletivos. Os conceitos de mundo e as correspondentes pretensões de validade constituem o armazém formal no qual os agentes servem-se em sua ação comunicativa para enfrentar em seu mundo da vida as situações que se tornaram problemáticas, isto é, aquelas sobre as quais faz-se necessário chegar a um acordo (HABERMAS, 1987b, p.104).

Não é o mundo da vida, como pano de fundo, que é tematizado, mas apenas um fragmento do mundo da vida se torna contexto da situação e passa a ser objeto tematizável dos proferimentos comunicativos. Fundamentado o contexto da situação, encontra-se o contexto do mundo da vida enquanto um saber de fundo que complementa o conhecimento das condições de aceitabilidade dos proferimentos (HABERMAS,1987b).

Somente os limitados fragmentos do mundo da vida que caem dentro do horizonte de uma situação constituem um contexto da ação orientada ao entendimento que pode ser tematizado sob a categoria de saber. A partir da perspectiva centrada na situação, o mundo da vida aparece como um depósito de autoevidências ou de convicções não questionadas, das quais os participantes na comunicação fazem uso em seus processos cooperativos de interpretação. Mas, somente quando se tornam relevantes para uma situação pode este ou aquele elemento, podem determinadas autoevidências ser mobilizadas na forma de um saber sobre o qual existe consenso, sendo este susceptível de problematização (HABERMAS, 1987b, p. 176).

O mundo da vida, como formador de contextos e como fonte de recursos para os processos de entendimento, está intimamente vinculado aos modelos de interpretação transmitidos pela cultura e organizados pela linguagem. Portanto, cultura e linguagem são elementos constitutivos do mundo da vida no sentido de que os atores sociais, ao se moverem em seu mundo da vida, nutrem-se de um saber de fundo, transmitido culturalmente por meio da linguagem de geração a geração. Além da cultura, personalidade e sociedade também são elementos estruturais do mundo da vida (HABERMAS, 1987b).

Chamo cultura ao acervo de saber, em que os participantes na comunicação se abastecem de interpretações para entenderem-se sobre algo no mundo. Chamo sociedade às ordenações legítimas através das quais os participantes na interação regulam sua pertença a grupos sociais, assegurando com isto, solidariedade. E por personalidade entendo as competências que tornam um sujeito capaz de linguagem e ação, que o capacitam a tomar parte em processos de entendimento e para afirmar neles a própria identidade (HABERMAS, 1987b, p. 196).

Se o mundo da vida configura-se como horizonte contextual para a ação comunicativa, na relação inversa, a ação comunicativa serve a reprodução e conservação do mundo da vida. Os participantes da ação comunicativa ao se entenderem entre si reproduzem e renovam a cultura; no que diz respeito a personalidade eles renovam e confirmam sua próprias identidades; em relação a

sociedade, promove integração social e solidariedade. O sujeito falante e agente se constitui como iniciador de ações responsáveis e com produto das tradições nas quais ele se encontra inserido, de grupos solidários aos quais ele pertence e de processos de socialização e de aprendizado aos quais ele está submetido (HABERMAS, 1987b).

Sob o aspecto funcional do entendimento, a ação comunicativa serve à tradição e a renovação do saber cultural; sob o aspecto da coordenação da ação, a ação comunicativa serve a integração social e a criação de solidariedade; sob o aspecto da socialização, a ação comunicativa serve, finalmente para formação de identidades pessoais. As estruturas simbólicas do mundo da vida se reproduzem por meio da continuação do saber válido, da estabilização da solidariedade dos grupos e da formação de atores capazes de responder por suas ações. O processo de reprodução abrange as novas situações e os estados do mundo já existente, tanto na dimensão semântica dos significados dos conteúdos (da tradição cultural) como na dimensão do espaço social (de grupos socialmente integrados) e na dimensão do tempo histórico (da sucessão de gerações). A estes processos de reprodução cultural, integração social e socialização correspondem os componentes estruturais do mundo da vida que são a cultura, sociedade e pessoa (HABERMAS, 1987b, p. 196).

A explicitação do mundo da vida pela ação comunicativa, como constituído de três elementos entrecruzados (cultura, sociedade, pessoa), resolve a questão de como é possível explicar a ordem social e a integração social a partir da força vinculante da linguagem, pois o social, ou a sociedade, só é possível a partir da ação orientada para o entendimento, ou da racionalidade comunicativa, pois é esta que fornece as bases para o processo de reprodução da sociedade, seja no seu substrato material (esfera do sistema-economia e Estado), seja em sua reprodução simbólica (cultura, sociedade, pessoa) (HABERMAS, 1987b).

Racionalidade, linguagem e argumentação são processos interligados, pois, se a racionalidade é compreendida como uma disposição que falantes e ouvintes, em suas práticas de comunicação, que tem, como pano de fundo, um

mundo da vida, levantam pretensões de validade que tem como finalidade chegar ao entendimento, é na argumentação por meio da linguagem que esse sujeitos devem oferecer boas razões para elucidação de pretensões de validade controvertidas.

2.4 Discurso e Democracia

Todo ato de fala comporta uma obrigação, por parte do falante, de fundamentação através de razões, que pode ser feita diretamente no contexto da ação, seja recorrendo à certeza da experiência, pelo apelo ao pano de fundo normativo, ou pelos protestos do próprio falante acerca das experiências às quais ele tem acesso privilegiado. Se estas não são suficientes para resolver os questionamentos, surge a necessidade de continuação da ação comunicativa num outro patamar de discussão, que se situa além das rotinas cotidianas: é a passagem para a prática da argumentação ou Discurso (HABERMAS, 1987a).

Chamo argumentação o tipo de discurso no qual os participantes tematizam pretensões de validade controvertidas e tentam resgatá-las ou criticá-las por meio de argumentos [...]. A força de uma argumentação, num contexto dado, mede-se pela pertinência das razões, e se manifesta, dentre outras maneiras, pela capacidade de convencer os participantes da discussão, isto é, de motivar o ouvinte a aceitar a pretensão de validade em discussão (HABERMAS, 1987a, p. 37).

Todo participante num processo de argumentação é livre e autônomo para levantar as pretensões que julgar convenientes; apresentar as razões que justifiquem suas pretensões; para se posicionar frente às proposições levantadas por outros. Então, neste processo só vale a força do melhor argumento, uma vez que o acesso é universal e a participação, livre e igualitária (HABERMAS, 1987a).

Quando pretensões de verdade controvertidas são tematizadas nós temos um discurso teórico; refere-se ao domínio cognitivo-instrumental, sendo o sujeito falante e agente considerado racional quando fundamenta bem suas opiniões e age com eficiência, devendo sempre aprender a partir dos desacertos (HABERMAS, 1987a).

O discurso prático é a forma de argumentação onde as pretensões de correção de uma norma de ação controvertidas são tematizadas. Refere-se ao domínio prático-moral, sendo o sujeito falante e agente considerado racional quando justifica suas razões por referência a um contexto normativo vigente. Quando à correção das normas são problematizadas, devem os sujeitos julgar o conflito normativo imparcialmente, segundo pontos de vista moral, de forma consensual, prescindindo de todos os interesses imediatos, pois as normas de ação em jogo exprimem um interesse comum a todos os afetados, merecendo deles um reconhecimento universal. O discurso prático caracteriza-se por uma referência interna às necessidades de cada um dos interessados. Então as questões éticas podem ser decididas por argumentação (HABERMAS, 1987a).

Já foi visto que as pretensões de validade, quando problematizadas, devem ser argumentativamente resgatadas – razões deverão ser apresentadas para fundamentar as pretensões questionadas; em se tratando de pretensão de verdade, tem-se o discurso teórico; em se tratando da justificação de normas, tem-se o discurso prático. A fundamentação da pretensão de correção pode ser feita no próprio contexto da ação onde temos a pretensão de correção normativa ou através do discurso prático, onde fundamenta-se, não a correção, mas a própria validade da norma.

De acordo com Andrews (2002), para Habermas o processo de validação de normas morais inclui dois passos: o discurso de justificação e o discurso de aplicação, sendo que o discurso de justificação tem como meta validar uma norma moral, enquanto o discurso de aplicação tem por objetivo deliberar se a norma moral se aplica a uma determinada situação específica.

O processo do discurso de aplicação envolve principalmente a hierarquização de normas morais em conflito, isto é, os atores sociais podem deliberar que determinada norma não se aplica ao caso em discussão e que outra deve ser considerada mais importante, dependendo do contexto em que se encontrem. Temos que ter em mente que para Habermas normas morais são aquelas com validade universal, ou seja, são as que, em princípio, devem ser consideradas justas, e portanto, válidas para todos os atores pertinentes. Os contextos específicos, porém, determinam que normas morais terão precedência sobre as outras. Dessa forma, por meio do discurso de aplicação, uma norma moral é qualificada por outras normas que são trazidas à apreciação dos participantes do discurso prático pelas circunstâncias do contexto. Por exemplo: “Eu teria ido à reunião, mas não fui porque minha filha ficou doente”. A qualificação obtida nesse tipo de discurso prático é candidata a ser tornar uma norma universal. Pois, a norma “não deve mentir” qualificada pela norma “deve-se proteger uma criança” resulta na norma universal “deve-se proteger uma criança, mesmo que isso signifique mentir”. Resumidamente, uma norma pode ser considerada justa, mas se a mesma se aplica à determinada situação concreta depende da avaliação dos participantes, o que constitui um passo adicional do processo discursivo (ANDREWS, 2002).

De forma a resolver este problema Habermas introduz o princípio “D” – princípio do discurso ou princípio da ética, segundo o qual só se pode distinguir o

bom motivo, ou melhor motivo, para validar uma norma, se apresentarem razões em favor da aceitação das mesmas “só podem reclamar validade as normas que encontrem (ou possam encontrar) o assentimento de todos os concernidos enquanto participantes de um discurso prático” (HABERMAS, 1989b, p. 116).

O discurso habermasiano corresponde ao processo de avaliação crítica de reivindicações de validade apresentadas por atores sociais que visam o entendimento mútuo por meio do consenso. O pressuposto do discurso é a situação ideal de fala, ou seja, um contexto livre de dominação tal que permita aos participantes chegar ao entendimento mútuo.

Para justificar normas por meio de um procedimento discursivo, Habermas vê a necessidade de introduzir um princípio moral – princípio de universalização “U”, que se refere a normas de ação morais, isto é, aquelas que unicamente podem ser justificadas levando em consideração o interesse de todos simetricamente. Ele é um princípio de argumentação pelo qual se pergunta: o interesse X pode ser justificado como universal?. Como princípio de universalização ele diz respeito à aceitabilidade racional, ou seja, que as únicas razões que decidem em um discurso moral são aquelas que justificam os interesses incorporados nas normas como universalizáveis (HABERMAS, 1989b).

Só com a participação de todos, que livremente defendem seus pontos de vista e seus interesses, a partir de razões apresentadas reciprocamente e que se colocam sob julgamento de todos, é possível chegar a um consenso que seja universal e ao mesmo tempo preserve a autonomia de todos, isto é, a condição de estarem sob suas próprias leis – unicamente pelos processos discursivos é possível reunir universalidade e autonomia (MELO, 1999, p. 43).

O ponto de vista normativo pelo qual se examinam as questões morais é o da regulação da vida comum como membro da humanidade. Então, as normas

morais podem ser compreendidas como um mecanismo de proteção. Elas devem garantir a proteção dos indivíduos e das relações intersubjetivas estabelecidas entre eles, portanto, os princípios da justiça (igualdade de direitos para todos) e de solidariedade (reconhecimento do outro), que presentes na ação comunicativa, com o discurso, sai do limite do contexto e ganha o alcance universal (MELO, 1999).

Pela aplicação do princípio da universalização “U”, estarão excluídas todas as normas que não satisfazem as pretensões de validade adequadas a formulação de normas morais, e aquelas que pelo consenso normativo passou pelo crivo do princípio da universalização adquire caráter de obrigatoriedade, por representar interesses generalizáveis (HABERMAS, 1997).

A moralidade (o que é justificável segundo princípio de universalização), definida a partir do discurso, está sujeita a algumas objeções, quanto a sua possibilidade de efetivação. Ela é um saber que orienta a ação e como tal pertence ao sistema cultural. Assim sendo, ela mantém uma relação virtual com a ação, uma vez que a sua possibilidade de efetivação vai depender do grau que este novo saber é incorporado à consciência dos próprios atores, pelos processos de socialização (HABERMAS, 1997).

Além desta fraca motivação, os atores que agem moralmente, se vêm envolvidos com outros impedimentos que dificultam a efetivação deste novo saber, a saber, problemas de ordem cognitiva e organizacional: a norma apropriada deve ser escolhida, interpretada e aplicada à luz de uma descrição possivelmente completa da situação etc.; operacionalização de decisões envolve a necessidade de estabelecer abrangência de solidariedade e processos organizativos. Esses problemas podem ser compensados pelo direito, através da institucionalização de um sistema jurídico que complementa a moral do ponto de vista da eficácia para a

ação. O direito é sistema de saber e, ao mesmo tempo, sistema de ação; ele pode ser entendido como um texto repleto de proposições e interpretações normativas ou como uma instituição, isto é, um complexo de regulativos da ação. Os problemas cognitivos podem ser resolvidos pelo sistema legislativo que define as leis e o sistema jurídico como ela deverão ser aplicadas, o que alivia o indivíduo do peso cognitivo da formação do juízo moral. No que se refere, á ações anônimas e necessidades organizacionais ele pode determinar competências e fundar organizações (HABERMAS, 1997).

Moral e direito encontram-se numa relação de complementação recíproca: se por um lado, o direito pode completar a moral, por outro, é dela que retira sua legitimidade (HABERMAS, 1997).

A possibilidade de implementação de direitos legítimos ocorre quando o princípio do discurso assume a forma de princípio de democracia, que é o resultado “da interligação que existe entre o princípio do discurso e a forma jurídica” (HABERMAS, 1997, p. 158), constitui o núcleo do sistema de direitos e se expressa como o direito de “participação, em igualdade de chances, em processos de formação da opinião e da vontade, nos quais os civis exercitam sua autonomia política e através dos quais criam direitos legítimos” (HABERMAS, 1997, p. 159).

Então é a partir desse conceito amplo e bem fundamentado de democracia, entendido como a institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e da vontade, processo pelo qual os cidadãos têm garantido o exercício da sua autonomia e se transformam em autores dos direitos diante dos quais são destinatários que vamos pensar as políticas sociais de saúde, pois se sabe que os diferentes atores sociais, com as suas diferentes inserções sociais com os recursos que dispõem, a saber, o poder administrativo, o poder econômico e

laços de solidariedade gerados em processos interativos da sociedade civil, exercem influência sobre a formulação das políticas públicas; como tais as políticas de saúde. (MELO, 1999; 2005).

O próximo passo agora é verificar se e como este princípio atua na realidade empírica, ou seja, trata-se, agora, de tematizar a relação externa entre validade e facticidade, entre a concepção normativa e os processos políticos reais, de forma a se obter uma “transição de um modelo normativo de democracia para uma sociologia da democracia” (HABERMAS, 1997, p. 288). O que é decisivo agora é a capacidade deste modelo – que Habermas denomina política deliberativa - em encontrar espaço e se efetivar nas sociedades modernas, confrontando-se para tanto, com o alto nível de complexidade e a conseqüente reificação ou independência destas sociedades em relação aos processos de autodeterminação dos cidadãos (MELO, 2005). De um longo diálogo com as teorias democráticas disponíveis – as abordagens normativas representadas pelos modelos liberal e republicano de democracia e as abordagens empíricas representadas pela teoria econômica e pela teoria de sistema – Habermas conclui que a tradução sociológica da teoria discursiva de democracia exige que as decisões devam “ser conduzidas por fluxos de comunicação que começam na periferia e passam através das comportas dos procedimentos democráticos e constitucionais situados na entrada do complexo parlamentar e das cortes judiciais” (HABERMAS, 1997, p. 356). Em poucas palavras, os problemas operacionais da política deliberativa se resolverão apenas pelo princípio representativo - isto é, pela formação discursiva da vontade dentro do parlamento e dos tribunais. Mas, esta deve estar ancorada nas correntes de comunicação que são próprias da esfera pública. Logo, os processos discursivos de formação da vontade devem necessariamente se desenvolver em dois níveis, um

institucional e outro, informal, este último representado pelos fluxos de comunicação de uma esfera pública, amplamente diversificada e mais ou menos autônoma, que se ancora no mundo da vida através da sociedade civil. Esta por sua vez deve ser entendida como o conjunto de organizações, associações e movimentos que conectam os problemas da vida privada à esfera pública e que constitui o substrato organizacional do público geral de cidadãos, sendo, portanto, o lugar onde cidadãos associados conseguem produzir uma opinião pública capaz de exercer influência sobre os processos institucionalizados de formação da vontade e gerar, então, poder comunicativo, capaz de se confrontar com os outros imperativos (HABERMAS, 1997; MELO, 2005).

3. SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR

3.1 O Discurso Da Participação Política

O discurso da participação política, historicamente, floresceu e se consolidou com o surgimento do capitalismo. Para Habermas, “a participação política é uma categoria específica da sociedade burguesa” (HABERMAS, 1983, p. 386). Até então, ela não ocupava espaço de importância, no discurso público das sucessivas sociedades, que procuravam explicar as relações entre os indivíduos a partir do teocentrismo ou da tradição. O argumento da participação se materializou a partir do momento em que se passou a discutir o mundo como um problema a ser resolvido pelos próprios homens, consolidando-se na reivindicação do direito de intervenção dos indivíduos nos assuntos públicos que a ordem feudal privatizara.

A participação dos cidadãos na vida política constituiu-se como o principal argumento para avançar a democratização dos espaços públicos. Com o objetivo de estabelecer limites entre o público e o privado, ela tornou-se elemento de concepção de novas instituições, através das quais os indivíduos poderiam garantir as condições necessárias à realização das necessidades coletivas. Assim sendo, o discurso da participação voltou-se para a defesa da institucionalização de regras e procedimentos capazes de garantir o envolvimento de todos. Participar politicamente passou a constituir, do ponto de vista prático, um processo de permanente tensionamento dos limites da esfera pública (CARDOSO; MARTINS, 1983).

Do ponto de vista de Teixeira (2002), o conceito de participação política, devido ao seu teor ideológico, pode ser utilizado de diferentes maneiras dentro de um amplo leque definido, de um lado, pelo papel que ela tem de legitimar a

dominação por intermédio de estratégias de manipulação e, do lado oposto, pela negação de papel que ela possa ter de institucionalidade. Em razão disso, considera-se como participação desde fazer parte de associações religiosas, culturais, até comparecer a comícios, reuniões de partidos, ou, ainda realizar marchas, protestos e ocupações (COTTA, 1979 apud TEIXEIRA, 2002).

Contudo, é necessário definir a idéia de que a participação política presume uma relação em que os atores envolvidos, “com os recursos disponíveis nos espaços públicos, fazem valer seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e de obrigações” (TEIXEIRA, 2002, p. 26).

As várias modalidades de participação, a saber, direta ou indireta, institucionalizada ou movimentalista, orientada para decisão ou para expressão⁵, estarão, sempre, presentes no processo político, em maior ou menor intensidade, conforme a situação e os atores envolvidos (COTTA, 1979 apud TEIXEIRA, 2002). Entendemos que, todas essas formas de participação devem ser consideradas quanto a sua capacidade de fortalecer a democracia e às suas limitações no sentido de efetivá-la e, porque, de um modo ou de outro, significa a expansão do contingente de atores sociais tomando parte do processo, abre-se espaço para interesses múltiplos e divergentes, que precisam ser trabalhados e contemplados dentro de uma unidade coletiva.

Independentemente das formas de que se pode revestir, a participação significa “fazer parte”, “tomar parte”, “ser parte” de um

⁵A participação orientada para decisão caracteriza-se por intervir, de forma organizada, não episódica, no processo decisório. A participação orientada para expressão é de caráter mais simbólico, caracteriza-se por marcar presença no cenário político, podendo ter influência no processo decisório (TEIXEIRA, 2000, p. 27).

ato ou processo, de uma atividade pública, de ações coletivas. Referir “à parte” implica pensar o todo, a sociedade, o Estado, a relação das partes entre si e destas com o todo e, como este não é homogêneo, diferenciam-se os interesses, aspirações, valores e recursos de poder. [...] exigindo condições objetivas e subjetivas e espaços públicos onde possam ocorrer negociações e compromissos para que as argumentações, livremente expostas, permitam chegar-se a um consenso traduzível em decisões no sistema político (TEIXEIRA, 2002, p. 27).

Desta forma, podemos inferir que a participação supõe uma relação de poder, entre os próprios atores entre si e entre eles e o Estado, o que requer procedimentos e comportamentos racionais.

Ao referir a “participação cidadã” tenta-se, portanto, contemplar dois elementos contraditórios presentes na atual dinâmica política. O primeiro, o “fazer ou tomar parte”, no processo político-social, por indivíduos, grupos e organizações que expressam interesses, identidades, valores que poderiam se situar no campo do “particular”, mas atuando num espaço de heterogeneidade, diversidade, pluralidade. O segundo, o elemento “cidadania”, no sentido “cívico”, enfatizando as dimensões de universalidade, generalidade, igualdade de direito, responsabilidades e deveres. A dimensão cívica articula-se à idéia de deveres e responsabilidades, à propensão ao comportamento solidário, inclusive relativamente àqueles que, pela condições econômicas-sociais, encontram-se excluídos do exercício dos direitos, do “direito de ter direito” (TEIXEIRA, 2002, p. 32).

Ao prosseguir com o seu raciocínio o autor conclui que a participação cidadã é um processo social em construção, com demandas diferentes de vários grupos sociais, manifestadas e discutidas nos espaços públicos, utilizando os mecanismos institucionais disponíveis, porém, articulados a outros que se legitimam pelo processo social.

Retomamos aqui o plano da ação comunicativa: o significado de participação política se constrói durante o desenvolvimento de formas comunicativas que garantam a participação livre e igualitária dos cidadãos nos processos de formação política da opinião e da vontade.

A política deliberativa obtém sua força legitimadora da estrutura discursiva de uma formação de opinião e da vontade, a qual preenche sua função social e integradora graças à qualidade racional de seus resultados. Por isso, o nível discursivo do debate público constitui a variável mais importante (HABERMAS, 1997, p. 28).

O poder político é produzido pelos cidadãos em espaços públicos autônomos, a esfera pública, onde se captam os ecos dos problemas sociais que cada ator social experimenta no seu mundo da vida, ao se relacionar com os diferentes sistemas e os distúrbios que acarretam. A tematização de tais problemas forma opinião pública que adentrando as fronteiras do Estado produzem poder comunicativo capaz de influenciar as decisões. Esta é para Habermas, a única forma de produção de poder político legítimo.

A fonte de legitimidade não é mais a vontade pré-determinada dos indivíduos mas o processo de sua formação coletiva, a própria deliberação. É uma “situação em que uma decisão legítima não representa a vontade de todos, mas resulta da deliberação de todos. É o processo no qual a vontade de todos se forma que confere legitimidade ao resultado, em vez da soma das vontades já formadas” (SCHUMACHER, 2004, p. 13).

Esse tipo de participação política se faz através de uma sociedade civil, constituída de movimentos, organizações e associações que se mobilizam e organizam os cidadãos em torno de interesses coletivos; logo, é nesses espaços públicos que se concebe a possibilidade de formação política da opinião e da vontade, através de atores capazes de construir identidades coletivas e interferir nas decisões políticas (HABERMAS, 1997). Assim sendo, a participação cidadã faz uso dos mecanismos institucionalizados e de outros canais legitimados pelo processo social, no sentido de potencializar o sistema de representação, exigindo a

responsabilização política e jurídica dos mandatários, o controle social e a transparência das decisões.

Em análise sobre o modo como as teorias do estado – o pluralismo, a teoria das elites, a nova direita, o marxismo e o neopluralismo – tratam a descentralização e a criação de novos mecanismos de representação de interesse em sociedades democráticas, Cortes (1996a) reconhece duas propostas de participação nas democracias. A primeira, defendida pela teoria da nova direita e de parcela dos neopluralistas, refere-se à ampliação do direito de escolha do indivíduo enquanto consumidor de bens e serviços oferecidos por prestadores, preferencialmente privados. A segunda proposta, defendida por uma parcela dos teóricos marxistas e dos neopluralistas, propõe a criação de mecanismos participatórios com o objetivo de “ampliar o direito dos cidadãos em influenciar o processo de decisão política” (CORTES, 1996a, p. 75), expressando, por meio deles, os interesses sociais.

A mesma autora destaca que as origens da criação de mecanismos de participação dos cidadãos no processo político, nas democracias liberais, estão vinculadas: a) a crise de legitimidade das formas tradicionais de representação de interesses nas democracias liberais, b) o crescimento dos novos movimentos sociais, c) a crise econômica mundial e d) as recomendações das agências internacionais de desenvolvimento.

No que se refere, à crise de legitimidade das instituições políticas nas democracias liberais, estabeleceram-se propostas diferentes de participação. Os governos conservadores criticavam as formas tradicionais de organização das relações entre o Estado e a sociedade civil e propunham mudanças que visavam reduzir a dimensão do Estado e dar aos consumidores a opção de escolha de

melhores bens ou serviços no mercado, com objetivo de promover a privatização; esta proposta era apoiada por fortes grupos econômicos. Os governos social-democratas defendiam mudanças do setor público, proporcionando oportunidades de participação aos setores sociais excluídos dos processos de decisão política e, ainda, defendiam a manutenção dos ideais igualitários de equidade e justiça social; essa estratégia política era defendida pelos sindicatos (CORTES, 1996b).

Sobre a entrada em cena de novos movimentos populares⁶, encontramos durante a década de 70, em muitos países, a criação e institucionalização de mecanismos participatórios em resposta ao desejo por mais participação direta dos cidadãos no processo político. A participação dos cidadãos nesses canais ocorria individualmente ou através de representantes e variava desde a busca de informações sobre os interesses de consumidores e de usuários até o envolvimento destes participantes nas decisões políticas em conselhos, comitês e comissões.

No caso específico do setor saúde, a participação de cidadãos em Conselhos Comunitários e Vicinais de Saúde nos Estados Unidos e os Conselhos Comunitários de Saúde na Grã-Bretanha, durante a década de 70, são exemplos concretos de canais institucionalizados para o envolvimento dos cidadãos⁷. Do mesmo modo que a participação no processo político em geral, a criação de mecanismos participatórios institucionalizados na saúde, durante os anos setenta, também sofreu influência da crise institucional das democracias liberais e influência, também, de agências internacionais de desenvolvimento (CORTES, 1996b).

⁶ A Revolução de Maio (Paris), organizações de moradores, ecológicas e de consumidores (Estados Unidos, Europa, países Latino – Americanos são exemplos de movimentos populares) (Cortes, 1996b).

⁷ A mudança mais inovadora ocorreu em 1974, nos Estados Unidos, quando o Ato para Desenvolvimento de Recursos e Planejamento Nacional de Saúde estabeleceu que os consumidores seriam majoritários nos boards gestores das Agências do Sistema de Saúde (CORTES, 1996b, p. 33).

Em relação à crise econômica mundial, durante a segunda metade da década de 70, provocada pelo aumento do preço do petróleo e seus derivados, impuseram-se limites sobre a arrecadação dos governos, levando-os a promover cortes em suas despesas. Neste sentido, os governos passaram a estimular a criação de mecanismos participatórios, para servirem como fiscalizadores sobre as burocracias estatais resistentes às mudanças (CORTES, 1996b)

No caso da influência das agências internacionais pode-se destacar que, nos anos cinquenta e na primeira metade dos anos sessenta, as agências internacionais preconizavam o planejamento como principal instrumento de estímulo ao desenvolvimento e excluíaam o envolvimento dos setores populares⁸. Na segunda metade dos anos sessenta e durante os anos setenta, recomendava-se algum tipo de envolvimento dos setores populares, pois tornava-se evidente que o modelo de desenvolvimento baseado nas estratégias de planejamento gerara instabilidade econômica, política e eram incapazes de promover o desenvolvimento ou distribuição de renda mais equânime.

Neste contexto, surgiram duas propostas de desenvolvimento⁹, que apesar de suas diferentes concepções ideológicas e políticas defendiam a participação dos setores populares no processo de desenvolvimento.

Ao longo dos anos setenta algumas organizações internacionais – Instituto de Pesquisas para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (UNRISD), o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Organização Mundial de

⁸ “A participação da população – como consumidores ou como atores políticos lutando para obter parte da renda – era vista com muita relutância pelos setores sociais dominantes” (CORTES, 1996b, p. 33).

⁹ Na primeira proposta de desenvolvimento, o governo limitava-se a regular mercado para garantir o seu eficiente desenvolvimento. A segunda proposta enfatizava as dimensões sociais do desenvolvimento, criticando as propostas que ressaltavam apenas o lado econômico (CORTES, 1996b).

Saúde (OMS) – promoveram projetos que consideravam a participação popular componente imprescindível para se atingir o desenvolvimento social. A Declaração dos Cuidados Primários de Saúde da UNICEF/OMS, resultante da Conferência de Alma Ata, realizada em 1977, colaborou de maneira significativa para que as políticas de participação popular se consolidassem.

A estratégia de cuidados primários de saúde preconizava a racionalização dos sistemas de saúde, pois admitia que, a maioria dos problemas de saúde poderia ser resolvida pela oferta de atenção básica. Além disso, recomendava o envolvimento da comunidade com os serviços de saúde, o que poderia criar um controle em relação às burocracias resistentes à contenção de gastos.

No período que vai do final dos anos setenta à metade dos anos oitenta, com o acirramento da crise econômica e a chegada de políticos conservadores, ao poder, nos países de forte economia internacional – Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha – a influência das agências internacionais passa a ser no sentido de promover políticas de ajustamento, com objetivo de reduzir o tamanho do aparelho estatal. Desta forma, os processos participatórios tornaram-se instrumentos para redução de custos e para o crescimento de ações autofinanciadas pela comunidade. Assim, as políticas inspiradas nos cuidados primários de saúde, apesar de ter a participação como um dos pressupostos básicos, não se contrapõem a esse novo ideário das agências internacionais, do uso racional de recursos financeiros, pois este ponto era mais central na estratégia de atenção primária à saúde, que preconizava a racionalização através do uso de tecnologias simplificadas, em um sistema de saúde que tinha como alvo prioritário, a população mais pobre. “Nesta perspectiva, o envolvimento de usuários enfatizaria as noções de autocuidado e de

participação no financiamento e execução de projetos e políticas de saúde” (CORTES, 1996b, p. 35).

Levando em consideração todos esses elementos, percebemos que a questão da participação popular tem tido destaque sobre os rumos técnicos e políticos do setor saúde e, da mesma forma que nos processos políticos em geral, são diversos os conceitos e as práticas de participação social encontrados, porque não existem modelos acabados, coerentes, e sim uma superposição das diversas formas de participação.

Valla define a participação popular como sendo “as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ ou serviços básicos na área social” (VALLA, 1998a, p. 9). Ele ainda destaca, que para melhor compreender o significado de participação popular, é importante diferenciá-la das concepções de participação social como modernização, integração de grupos marginalizados e mutirão. A modernização teria o sentido da participação, nos avanços tecnológicos e culturais pela população, provocando mudanças na sociedade. Este tipo de participação é vista como uma estratégia de mudança cultural com o objetivo de “ ‘modernizar’ os setores atrasados da sociedade, considerando estes como responsáveis pela diferenças regionais e pelas diferenças entre os diferentes segmentos da sociedade” (CORDONI JÚNIOR, 1986, p. 308) ignorando, assim, os condicionantes estruturais das diferenças sociais. Entretanto não existem indícios, no Brasil, de que as inovações possam levar à maior participação da população ou à melhoria do padrão de vida da população.

Em relação à participação como um processo de integração de grupos marginalizados, parte-se do pressuposto que a população carente, em virtude da

sua pobreza, se mantém à margem do processo social, necessitando assim ser incentivada, informada, para poder participar do desenvolvimento econômico e político¹⁰. Tal pensamento igualmente ignora os aspectos estruturais das diferenças sociais.

Já a proposta do mutirão é vista por Valla (1998a), como um convite, uma solicitação, enfim uma convocação à população para que ela realize com os seus próprios trabalhos, nas suas horas de descanso e, às vezes, com o seu próprio dinheiro, projetos, ações e obras que deveriam ser executadas pelo governo.

Cordoni Jr (1986), completa esse quadro de distinções apontando outras formas de participação: a) o associativismo, que tanto pode gerar uma visão maior e mais crítica dos problemas da sociedade como, também, pode ficar restrito a questões imediatas, tornando-se um fim em si mesmo e, b) os planos de desenvolvimento como forma de participação, que na maioria das vezes é manipulada pelo Estado, no sentido de diminuir a oposição aos seus projetos e garantir o apoio da população, algumas vezes, porém, essa prática torna-se efetiva à medida que envolve a participação popular para resolução de problemas concretos.

A natureza dos conceitos de participação são definidos “pelo modo como eles aparecem articulados à análise do funcionamento da sociedade e do sistema político nas democracias liberais” (CORTES, 1996a, p. 76).

Em relação aos tipos de participação, a mesma autora conceitua “participação da comunidade” como aquela que busca o envolvimento da população

¹⁰ “Essa concepção tem raízes fortes em nossa sociedade, inspirando inúmeros programas governamentais e religiosos com objetivo a integrar os chamados marginalizados. Esse tipo de participação obscurece o fato que estes grupos marginalizados sempre estiveram dentro da sociedade, mas participando da riqueza de modo desigual. A integração deveria, então, passar necessariamente pela garantia de empregos, melhores salários e serviços básicos” (VALLA, 1998a, p. 9).

em situações que demandem a implementação dos programas governamentais ou não governamentais. O conceito de “participação do cidadão” engloba os direitos dos cidadãos, ampliando a noção de direitos políticos e civis de forma a incluir os direitos sociais. A “participação popular” é usada para designar o envolvimento de indivíduos que não pertencem à classe social dominante em processos participatórios, levando em conta que, a representação dos setores populares seja feita através de líderes legítimos, eleitos ou indicados por entidades organizadas. A “participação do consumidor” refere-se a indivíduos, que no mercado, compram bens e serviços oferecidos por prestadores. A competição favoreceria a escolha de bens ou serviços melhores ou mais adequados às necessidades dos consumidores. E por último, “a participação do usuário” que é utilizada para um grupo de pessoas que usa certos serviços específicos. É este conceito que o sistema de saúde brasileiro tem utilizado para qualificar o participante nos fóruns institucionais (BRASIL, 1990b). Ele combina noções de cidadania e direitos dos cidadãos, contudo, destina-se aos usuários de determinados serviços prestados em uma dada área territorial.

3.2 A Participação Popular no Setor Saúde

No Brasil, o tema da participação na gestão pública surge na segunda metade da década de 70. Até este período existiam mecanismos participatórios institucionalizados somente na área previdenciária que, desde o seu nascimento, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), contava com eleição de representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios dessas instituições (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). A previdência brasileira oferecia benefícios e serviços, como assistência ambulatorial e hospitalar, somente aos

trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, que pagavam contribuições (CUNHA; CUNHA, 2001).

As CAPs eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas (marítimos e ferroviários), sendo financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e dos empregados. A participação dos trabalhadores ocorria em seu órgão diretivo, formado por três membros indicados pela empresa e dois representantes dos empregados, eleitos diretamente (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). O Estado apenas participava na normatização de seu funcionamento, através de lei federal, aprovada pelo Congresso Nacional.

A partir de 1933, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais tais como: marítimos, estivadores, industriários, servidores públicos federais, bancários, comerciários. Diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era dependente do governo federal, pois o Conselho Administrativo constituído por empregados e empregadores era presidido por um presidente indicado pelo Presidente da República e tinha função de assessoria e fiscalização. Além disso, o governo influenciava fortemente a eleição dos trabalhadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Depois de 1945, o desenvolvimento econômico industrial e a democratização política favoreceram o fortalecimento do movimento sindical, aumentando sua influência na indicação dos representantes dos trabalhadores no conselho administrativo dos institutos previdenciários.

O regime autoritário militar, a partir de 1964, mudou a forma de relação com as pressões sociais adotada pelo modelo político do período populista, que as

manipulavam de maneira corporativa no intuito de servir aos interesses do governo. O novo regime de governo, militar burocrático-autoritário, tinha um estilo excludente, fechando os canais de cooptação dos trabalhadores, originários dos governos populistas e criando para si uma autonomia decisória sem precedentes na história (FLEURY, 1986). Os atos institucionais, a Constituição outorgada em 1967 e a emenda constitucional nº 1 de 1969 restringiram e limitaram a autonomia dos Estados e Municípios no legislativo, judiciário e administrativo, o que levou a uma concentração de poder político, competências e recursos financeiros para as mãos da União (MULLER NETO, 1992). Ao lado dessa centralização de poder, formou-se um padrão autoritário de administração pública, que se caracterizou por uma gestão e planejamento baseado em decisões técnicas e pela supressão da participação popular. Assim, o controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Com o fim do “milagre econômico” e o enfraquecimento das bases sociais de apoio ao regime militar, inicia-se, a partir de 1979, um período de abertura política em que, ressurgem os movimentos populares e sindicais de características antiestatais (CORREIA, 2003). Na área da saúde, surge a necessidade de desenvolver e estender, a cobertura dos serviços de saúde a parcelas da população até então excluídas de qualquer tipo de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, formulou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE), que tinha como pressupostos a hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura, porém esta iniciativa não teve sucesso (CUNHA; CUNHA, 2001).

Outro conjunto de iniciativas foi tomado por algumas secretarias municipais de saúde, cujo governante estava comprometido com a descentralização

e se opunha ao regime militar, as quais desenvolveram políticas de cuidados primários de saúde, com o propósito de oferecer cuidados para as populações pobres e envolver os usuários nas decisões dos serviços de saúde municipais. Divulgava-se desta forma, a idéia de participação na área de saúde (CORTES, 2002).

O sistema de saúde brasileiro, até o início dos anos oitenta, era formado pelos setores de saúde previdenciária e de saúde pública, os quais atuavam de forma paralela, porém sem integração no planejamento e ações. A maior parte dos recursos financeiros pertencia ao setor previdenciário, que oferecia serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, aos trabalhadores contribuintes, em unidades próprias, ou através de prestadores contratados. A recessão econômica e o aumento de custos com a assistência à saúde encorajaram os projetos de políticos, de líderes dos movimentos populares e de trabalhadores, no sentido de reorganizar o sistema, para torná-lo universal, descentralizado e integrado. E para que isso ocorresse seria necessário a transferência de recursos financeiros e políticos do setor previdenciário para o de saúde pública e da esfera federal para as administrações estaduais e municipais (CUNHA; CUNHA, 2001).

A democratização política, as recomendações das agências internacionais e o fortalecimento dos níveis estaduais e municipais de governo motivaram a implementação de políticas e o estabelecimento de regras legais, que levaram a universalizar o acesso, integrar e descentralizar o sistema público de saúde brasileiro. Para os que defendiam a redução de gastos com a proteção social, o objetivo era o corte de custos. Aqueles que sustentavam a democratização do acesso a serviços e o controle sobre os serviços financiados com recursos públicos, o propósito era estimular a participação dos usuários (CUNHA; CUNHA, 2001).

Ainda sob a ditadura, na década de setenta e na primeira metade dos anos oitenta, o Estado, com um novo discurso social, foi forçado a assumir compromissos com as reivindicações populares e a reconhecer o movimento popular como interlocutor. Neste sentido, o governo militar procurou criar novos canais de representação de interesses, expandir a cobertura previdenciária e implementar políticas para atenuar a pobreza, visando dar legitimidade ao regime autoritário e ampliar as bases sociais de apoio. Tais mudanças na relação entre Estado e sociedade conferem outra direção ao controle social, tornando possível, à sociedade, através dos movimentos populares e sindicais, intervir nas ações do Estado (CORREIA, 2003).

Os anos 80 constituíram-se um marco na política brasileira devido ao processo de redemocratização do país, em que os direitos políticos cassados pelo regime autoritário pós-1964 foram sucessivamente resgatados, trazendo para o cenário político inúmeros atores sociais. Consequentemente, o debate livre sobre os mais variados temas, necessidades e aspirações retornam para a esfera pública, traduzindo-se em propostas políticas que se centraram na redefinição de políticas sociais com o objetivo de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza (GERSCHMAN, 1995; FLEURY, 1997). Neste contexto, inscreve-se o processo de reformulação do setor saúde que culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, que é definida por Sônia Fleury como sendo:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (FLEURY, 1995, p. 39).

Os canais de participação na política de saúde institucionalizados até 1987 eram as comissões interinstitucionais criadas pelo programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). Este programa, criado em 1984, estabelecia a transferência de recursos financeiros da previdência social para governos estaduais e municipais que decidissem fazer parte dele. Na intenção de facilitar a integração das ações dos prestadores públicos de serviços foram criadas comissões nos três níveis de governo. 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 eram compostas por representantes do governo e prestadores de serviços e as duas últimas previam a participação de usuários dos serviços de saúde. Exceto as comissões regionais, todas as outras se institucionalizaram como importantes fóruns de debate no setor (CORTES, 2002). As comissões municipais eram responsáveis pela alocação de recursos e monitoramento dos gastos.

O governo federal, em agosto de 1987, iniciou o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS), com o objetivo de universalizar o acesso a cuidados de saúde, racionalizar custos e unificar os serviços de saúde dos setores previdenciário e de saúde pública. O programa propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios, os quais tornariam gestores dos serviços existentes em seus territórios. As comissões interinstitucionais estaduais de saúde passam a ser abertas à participação da sociedade civil organizada e adquirem o novo papel de gestoras do sistema (CORTES, 2002).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, definiu as bases da organização do sistema de saúde público brasileiro e se transformou

num importante marco da Reforma Sanitária Brasileira, cujos princípios e diretrizes viriam a ser incorporadas pela Constituição Federal Brasileira de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde, norteado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade, integralidade e organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, hierarquização e participação popular (CUNHA; CUNHA, 2001).

A participação social no sistema de saúde foi um dos pontos principais dos debates da VIII Conferência, sendo definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, p. 299) e defendida como controle da sociedade nas ações do governo, que deve “ser exercido pela sociedade civil organizada mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do sistema” (MENDES, 1986, p. 295).

Assim, o controle social torna-se via imprescindível para a democratização do sistema, partindo-se da concepção de saúde enquanto direito à condição de cidadania (CORDEIRO, 1987).

A construção de uma democracia real e não meramente formal, na qual a igualdade política se fundamente na igualdade social, exigirá o aprofundamento das conquistas populares, como instrumentos adequados de exercício do poder (CORDONI JÚNIOR, 1986, p. 307).

Esse processo democrático implica no desenvolvimento de uma nova organização social, onde a participação direta do povo nas decisões políticas se torne realidade. O controle social passa a existir quando há possibilidade de organizações, associações e movimentos sociais influenciarem as políticas públicas, no sentido de atender às demandas da sociedade civil.

A agenda da Reforma postulava, além da democratização aos bens e serviços de saúde, a democratização do acesso ao poder. O modelo de democracia proposto baseava-se na “formulação de uma utopia igualitária, na garantia da saúde como direito individual e na construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática” (FEURY, 1997, p. 33), onde pudessem imperar a co-gestão pública e os princípios de solidariedade e de igualdade, dentro de uma complexa configuração política onde subjetividade e diversidade sejam reconhecidas como parte da cidadania.

Segundo Lucchesse (1995), a democratização do processo decisório constituiu aspecto central da estratégia de reestruturação do setor saúde e viria a ser alcançada pela sua descentralização e pela garantia de participação popular no planejamento, avaliação e controle nas três esferas do governo. Diante deste quadro, a descentralização assume um caráter altamente positivo, formando juntamente com a participação popular, um dos pilares da reforma do setor (MENDES, 1998; BRAVO, 2001).

A justificativa, inspirada nas diferentes teorias democráticas é que a descentralização das ações e serviços de saúde coloca o responsável ou o interessado próximo da ação e da decisão, o que representa, de fato, a descentralização política, a base do federalismo (CARVALHO; SANTOS, 2002).

No contexto do SUS, a descentralização, cuja expressão principal é a municipalização, forma, juntamente com a participação um binômio indissociável que compõe a essência da questão democrática (RODRIGUES NETO, 2003).

Na perspectiva da Reforma Sanitária, a descentralização é entendida como "deslocamento de poder, não só do nível central para o local, mas, como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em

aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais” (FLEURY, 1992, p. 34). Desta forma, o “tema descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana” (JACOBI, 1992, p. 113). A descentralização passa a ser uma resposta ao Estado centralizador, ineficiente, que se caracterizava em distanciar os centros decisórios dos cidadãos, desprestigiar as instâncias de representação e de facilitar a ação de grupos de pressão para conseguir do poder público decisões que favoreceriam aos seus interesses. Significa, portanto,

a possibilidade de ampliação dos direitos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficiente dos escassos recursos públicos (JACOBI, 1992, p. 113).

Para o Movimento Sanitário, a descentralização dos serviços de saúde se faz por meio da municipalização como uma estratégia para democratizar o sistema nacional de saúde, além de desburocratizar o sistema, ela aproxima o cidadão da gestão. Então esse caráter descentralizado e democrático, com a participação da sociedade na política de saúde, representa as bases de uma nova relação entre Estado e sociedade. Diante disso, a proposta de descentralização deve ser, necessariamente, acompanhada de participação social, para que garanta o seu projeto democratizante.

A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam o seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos, implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização, garantindo-se o controle social do processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização (BRASIL, 1993, p. 20).

Em setembro de 1990 é publicada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo as competências da União, Estados e Municípios e os critérios de repasses para o setor saúde. Entretanto, essa lei sofre vetos do presidente da República, exatamente nas questões relacionadas à participação popular e financiamento, que serão tratadas meses depois na Lei Complementar 8.142/90. Essa lei federal, em seu artigo 1º, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, nos três níveis de governo, configurando o que chamamos de controle social da saúde. Os conselhos e conferências de saúde constituem os canais necessários para garantir, formal e legalmente, a participação da população nas decisões acerca das questões de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2002).

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 1990b). Através, das conferências, a população tem oportunidade de discutir os seus problemas de saúde e indicar ao governante como quer que sejam resolvidos (BARROS, 1994). Nesta perspectiva, as Conferências de Saúde representam o momento para articular internamente a competência sanitária do nível de governo e, externamente a esta, com as demais políticas que interessam à saúde, seja no mesmo nível ou com os outros níveis (DALLARI, 1994).

Os Conselhos de Saúde são outro mecanismo previsto para assegurar o cumprimento do mandamento constitucional, segundo o qual o sistema de saúde deve ser organizado com a participação da comunidade. Diferentemente das Conferências, ele tem caráter permanente e deliberativo. Os Conselhos são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços,

profissionais de saúde e usuários, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

A determinação legal de criação de conselhos como requisito para a municipalização do setor e conseqüente transferência de recursos financeiros fez com que estes se multiplicassem, existindo em 5.201 dos 5.506 municípios em todo o Brasil (CORREIA, 2003).

O processo de municipalização prossegue através das Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS). A NOB-SUS 01/91, editada pelo INAMPS, consolida o pagamento por produção de serviços, conseqüentemente, com ela, o governo federal retira dos Estados e Municípios a autonomia para gestão do sistema. A NOB-SUS 01/93 cria as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite e as modalidades de gestão, incipiente, parcial e semiplena, referentes à transferência de recursos. Apesar de sua operacionalização ter feito avançar o processo de descentralização, a distribuição de recursos não foi acompanhada na mesma proporção. Entretanto vale destacar que a NOB/93 define a existência e o funcionamento dos conselhos como pré-requisitos da habilitação dos Municípios para qualquer condição de gestão, o que teve como efeito a multiplicação dos mesmos a partir de 1993 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; VIANA et al., 2002).

A NOB-SUS 01/96, segundo algumas interpretações, fere a autonomia de gestão dos municípios ao privilegiar financeiramente os municípios que desenvolvessem os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que surgem como iniciativa do nível federal, sendo, portanto, programas verticais, que têm suas coordenações centralizadas no Ministério da Saúde,

definindo suas ações (SILVA, EGYDIO; SOUZA, 1999). Apesar dessa crítica, a NOB-SUS 01/96 se tornou um importante instrumento na operacionalização do sistema, uma vez que intensifica o processo de descentralização, ao introduzir o mecanismo de transferência de recursos “fundo a fundo”, da União para os Municípios, possibilitando, dessa maneira, que os municípios adquiram, concretamente, uma maior autonomia na gestão do sistema de saúde. O município passa a ter a responsabilidade por todo sistema de saúde, público e privado, exercendo a função de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, colocando a gestão do sistema de saúde próximo ao cidadão. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; VIANA et al., 2002). Da mesma forma, que a NOB/93, a NOB/96 considera o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde como requisito para habilitação do município em qualquer condição de gestão – gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal.

Diante do exposto, podemos afirmar que o controle social é tratado como eixo de qualquer proposta de descentralização/municipalização do SUS. Entretanto, não se esgota aí a efetivação dos processos democráticos do setor saúde, pois, os mecanismos de participação institucionalizada na área de saúde – os Conselhos e Conferências de Saúde – podem se constituir em canais de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais, ou podem ser espaços de participação e controle social (CORREIA, 2003) – no acontecer empírico é que poderá ser avaliado o rumo escolhido.

Neste sentido, como pensar os Conselhos de Saúde, fóruns democráticos de definição da política de saúde, na perspectiva de realização da democracia?

Em relação a este aspecto, pode-se verificar duas posições: uma otimista e outra pessimista (CORTES, 1998b). Para os otimistas, os conselhos são vistos como incentivadores da democratização, ao induzir maior responsabilidade do governo pela saúde da população e ao permitir a formação de novos atores políticos e identidades coletivas (CARVALHO, 1998). Cortes (1998a, 2002) afirma que os conselhos constituem espaços públicos onde os interesses dos setores populares são representados uma vez que seus representantes têm participado no processo de tomada de decisão política. A autora, também, aponta que as mudanças institucionais do Sistema Brasileiro de Saúde e a organização dos movimentos popular e sindical são fatores decisivos sobre o processo participatório; Barros (1998) refere-se aos conselhos como espaços de disseminação de informações que contribuem para preservação do direito à saúde. O' Dwyer e Moysés (1998) vêem os conselhos como espaço democrático capaz de receber e repassar as demandas sociais, num jogo político de negociação entre os sujeitos sociais envolvidos que, buscam a transparência e garantia de acesso às informações, que são de extrema importância para o amadurecimento do processo político no exercício do controle social. Por fim, Dal Poz e Pinheiro (1998), destacam o caráter inovador dos conselhos e colocam a municipalização como importante fator para o funcionamento dos mesmos, pois quanto mais avançada a condição de gestão de saúde do município maior a sua autonomia e, porque, tanto a cultura política do Município como o estilo de gestão adotado pelo governo municipal, são decisivos para que se tenha participação.

A visão pessimista assenta-se na desconfiança de situações altamente positivas sobre a realidade dos conselhos, aponta as dificuldades para o seu funcionamento enquanto espaço de decisão política e identifica suas relações com

práticas, internas e externas, que diminuem as possibilidades de democratização do setor saúde (ACIOLE, 2003). Para sustentar esse argumento, Valla (1998b) assinala que os conselhos foram criados pelo poder local para garantir o repasse de verbas e identifica como dificuldades para o seu funcionamento, a posição do poder local que, muitas vezes, não se interessa pela participação popular no controle público dos serviços, o não cumprimento das decisões tomadas no conselho e a precariedade do sistema de saúde que transforma o acesso ao serviço de saúde como principal ponto de discussão. Finalmente Viana (1998) assinala o processo de municipalização como o deslocamento do poder político para o nível municipal, onde aparecem, como principais atores, nos rumos da saúde, prefeitos, vereadores e secretários municipais. Para ela, esse novo desenho irá influenciar de maneira decisiva os tipos e as formas de conselho, isto é, se a gestão do município for centralizadora, formará conselhos com função apenas burocrática, para cumprir exigências da política. Porém, gestões descentralizadas poderão induzir a participação, tanto de profissionais quanto usuários, redesenhando, assim, as práticas do fazer as políticas de saúde, e ainda, o tipo e forma de participação dos usuários.

Como se pode ver, seja qual for o argumento, de um modo geral, todos vêm como avanço a institucionalização dos conselhos de saúde, cuja efetividade depende, no entanto, em todos os casos, dos processos de mobilização e organização da sociedade civil como aspectos fundamentais na organização e gestão democráticas do setor saúde (ACIOLE, 2003). É sobre esses processos, no final das contas, que repousa o olhar, pessimista ou otimista, do analista.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Lima (2001), afirma que a cultura política brasileira de tradição autoritária e de não cumprimento das leis

demonstra que a implantação dos conselhos, por si só, não garante acesso da população ao poder. Embora a institucionalização dos mesmos seja, inegavelmente, uma grande conquista, é necessário reconhecer que, com eles não se esgotam as exigências de um processo de construção de cidadania, cujo elemento essencial só pode ser a participação popular que, por sua vez, envolve um conjunto mais complexo de fatores.

É a possibilidade de se estabelecer democraticamente as regras, as normas, os modos de viver; é a produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É buscar a reforma do Estado, sua democratização, pela descentralização de suas instâncias decisórias e pelo reconhecimento do poder político dos movimentos sociais, rompendo com o verticalismo e burocratismo que aquele classicamente tem. É inversão de prioridades ou, ainda, o estabelecimento dessas conforme o interesse das classes subalternas, inclusive. É exercício de vivências coletivas, do sentido de coletividade, e da solidariedade. É acima de tudo, partilhar poder. É a construção de um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e de fortalecimento da sociedade civil (SILVA; EGYDIO; SOUZA, 1999, p. 40).

Nessa perspectiva, a mobilização e organização da sociedade civil, a representatividade dos usuários e a maneira como eles se articulam e se relacionam com as suas bases, a permeabilidade e comunicação com conjunto da sociedade surgem como facilitadores na possibilidade da população efetivar sua atuação na definição de políticas de saúde que atendam à sua real necessidade. A relação das instâncias participativas institucionalizadas do setor de saúde com os processos de mobilização e organização da população, como nenhuma outra, ilustra o modelo de democracia inspirado no agir comunicativo.

4 SAÚDE E DEMOCRACIA EM IPATINGA

4.1 A Cultura Política De Ipatinga

Ipatinga está localizada na microrregião do Vale do Aço, que é composta por três cidades, Timóteo, Coronel Fabriciano e Ipatinga, as quais originaram da divisão do município de Antônio Dias, em 1948. Ipatinga e Timóteo tornaram-se distritos de Coronel Fabriciano, tornando-se, depois, as cidades mais prósperas da região.

Até a década de 50, a região era dependente da agropecuária voltada para subsistência (PEREIRA, 1984). Com a chegada da ACESITA em 1944, na cidade de Timóteo, e da USIMINAS, em 1958, no distrito de Ipatinga, a economia da região deixa de ser rural e passa ser industrial e urbana. Apesar dessa modernização, a condução política da região ainda se caracterizava por práticas clientelistas.

A implantação das duas siderúrgicas foi o marco inicial que propiciou profundas transformações sociais na região, pois grande parte das terras que pertencem hoje à Ipatinga era da Belgo Mineira¹¹ e foram desapropriadas para a instalação da ACESITA e USIMINAS. O restante das terras era propriedade privada de grandes fazendeiros. Com a implantação das usinas houve expulsão dos posseiros e proprietários de terras. Os fazendeiros que tiveram suas terras desapropriadas, após a emancipação política, mantiveram uma relação de favor com o poder público. "Ipatinga continuaria a ser vista como uma enorme fazenda pelos seus governantes e a prefeitura como a posse do mandatário" (RUEDA, 1992, p. 20).

¹¹ Usina Siderúrgica da cidade de João Monlevade.

Os posseiros, desapropriados dos seus meios de produção, foram trabalhar na construção da USIMINAS, submetendo-se a qualquer tipo de trabalho. Assim, chegavam à Ipatinga pessoas vindas do campo em razão da desapropriação de suas terras, operários de outras siderúrgicas, enfim, pessoas de culturas e lugares diferentes, com idéias políticas diferenciadas, daí a condição do potencial político desta população que, posteriormente, foi demonstrado tanto em relação ao massacre em 1963¹², quanto em relação às mudanças iniciadas em 1989, com a chegada do PT na administração municipal (OLIVEIRA, 2003).

O município de Ipatinga sempre teve seu desenvolvimento e crescimento diretamente atrelados à USIMINAS, uma das maiores siderúrgicas do Brasil e, desta forma, em torno dela, vem sendo construída a sua história. A empresa foi inaugurada no ano de 1962, mas o grande desenvolvimento da região começou em 1958 com o início das obras de sua construção. O crescimento do distrito foi muito rápido, sendo emancipado politicamente da cidade de Coronel Fabriciano, no ano de 1964 e, desde então, tem apresentado o maior índice de crescimento, dentre as cidades que compõem a Região do Vale do Aço (OLIVEIRA, 1999).

Em Ipatinga, como citado anteriormente, houve um movimento da classe operária organizada, em 1963, que foi silenciado com a morte de vários operários. Esse massacre teve sua origem em uma greve dos operários da USIMINAS e empreiteiras, que denunciava as péssimas condições de vida e trabalho da população. Soma-se a isso a forma como os vigilantes da empresa tratavam os funcionários, fazendo revistas abusivas na entrada e saída dos turnos, e a forte repressão policial que acontecia na portaria da empresa e na cidade. Assim, na madrugada de 07 de outubro de 1963, começaram a se organizar piquetes de greve.

¹² Episódio que ocorreu no final de 1963 e ficou conhecido como “O Massacre de Ipatinga” quando o Estado usou o seu poder repressivo matando diversos operários.

Pela manhã dez mil operários se aglomeravam na portaria da empresa, a polícia foi chamada e, após tentativas de chegar a um acordo, não chegando a nenhum, começou o tiroteio que chacinou vários funcionários (PEREIRA, 1984).

Se reportarmos à conjuntura sócio-política do país, no período de derrocada do populismo e do Golpe de 1964, vemos que em Ipatinga já se tinha presenciado um processo de supressão do direito da fala da classe trabalhadora, que questionava as péssimas condições de vida e o controle sobre a população. Assim, diante deste quadro de um governo autoritário, expandiu-se a USIMINAS, uma das mais prósperas siderúrgicas da América Latina e o modelo de acumulação adotado pelo Estado que chegou ao poder pós 1964 (PEREIRA, 1984).

Sob a égide da ditadura, surge o Sindicato dos Metalúrgicos de Ipatinga (SINDIPA), filiado à Força Sindical e que sempre foi submetido aos interesses da empresa, sendo seus diretores indicados pela mesma. Assim sendo, não representava os interesses dos trabalhadores. Para Pereira (1984), a criação do SINDIPA aconteceu devido a um jogo de interesses, como uma resposta conservadora à condução dada pelo Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de ACESITA, filiado à Central Única dos Trabalhadores e à sua posição em relação ao “Massacre de Ipatinga”, pois o sindicato da ACESITA é que dava a direção para a organização dos trabalhadores da USIMINAS.

É importante frisar que, apesar de na década de setenta, Ipatinga já possuir uma base produtiva moderna, no campo político, essa ainda convivia com o tradicional, reproduzindo velhas práticas políticas clientelistas e de favor.

A face dinâmica e moderna revelada pela empresa se contrasta com a dominação tradicional exercida sobre os habitantes da cidade. A política acompanha o tradicionalismo udenista e pessedista, mesmo após o golpe militar de 1964. Nestes termos, a política consiste na confusão entre o público e o privado, e na personificação das

relações políticas baseadas na fidelidade pessoal (RUEDA, 1992, p. 18).

As lideranças políticas de Ipatinga, que surgiram nesse período, têm origens nas famílias de antigos comerciantes e fazendeiros, como é caso de Jamill Selim de Salles, prefeito pela UDN, por três mandatos. A UDN, o PTB e o PSD, fundados em 1960 eram as bases partidárias dos políticos (RUEDA, 1992).

O crescimento populacional, o desenvolvimento econômico e a arrecadação provenientes do distrito somados à ausência de melhorias na localidade tornam insustentável o domínio de Coronel Fabriciano sobre o distrito de Ipatinga. Neste contexto, todos os partidos se mobilizam pela emancipação do município que ocorre em 1964, porém, com o Golpe de 64 não houve eleição para prefeito. O governador indica um prefeito que não era da região, fato que causou descontentamento na elite da política local. Finalmente, em 1965 é realizada a primeira eleição para prefeito, sendo vencedor o candidato do PSD, funcionário da USIMINAS. Nas eleições de 1966, vence Jamill Selim de Salles pela UDN, permanecendo no cargo até setembro de 1969, quando teve seu mandato cassado, pelo Governo Militar, acusado de corrupção. Em 1973 ele foi reeleito, assumindo seu segundo mandato e, em 1983, conquista seu terceiro mandato. Também nesta administração, Jamill foi alvo de denúncias de corrupção. Além disto, houve uso inadequado da máquina administrativa, muita gente querendo apenas tirar proveito. Como citado anteriormente, em Ipatinga, apesar da modernização, eram os partidos tradicionais que tinham expressão e, devido à cultura política, os políticos reproduziam na prefeitura relações de favorecimento e clientelismo que, associadas à ausência de articulação por parte da sociedade civil, sempre renderam votos e reeleições sucessivas (RUEDA, 1992).

Na década de 1980, despontam os movimentos sociais ligados à Igreja Católica que influencia na organização dos sindicatos e associações de bairros - surge, em Ipatinga, o Partido dos Trabalhadores (PT). Em 1982, o PT disputa as eleições municipais e não se elege. Em 1983, ocorre a união de vários sindicatos numa Central Única dos Trabalhadores do Vale do Aço. Em 1985, o então metalúrgico Chico Ferramenta concorre, pela chapa de oposição, à eleição do SINDIPA, sendo derrotado. Após a eleição, todos os integrantes da chapa foram demitidos num gesto de perseguição política gerando um sentimento de revolta (PEREIRA, 1984). Como resposta a essa atitude, em 1986, Chico Ferramenta foi eleito Deputado Estadual, pelo PT, voltando a concorrer à prefeitura em 1988, saindo vencedor. O PT está à frente da administração municipal desde 1989 e Chico Ferramenta está no seu terceiro mandato. Entretanto seus mandatos apresentam características diferentes.

Ao assumir o primeiro mandato, adotou a participação popular como norte do governo municipal, nesse caso,

saneia as finanças públicas, inverte prioridades e passa atender as demandas de bairros mais carentes, investe em saúde e educação, consolida espaços de lazer, recreação e convivência, afirmando-se com a sua proposta de priorizar as políticas sociais (CAVALCANTE; BITTENCOURT, 1998, p. 32).

Em 1993, devido ao reconhecimento e aprovação da população, é eleito João Magno de Moura, que prioriza a questão da Habitação e a obra do Novo Centro, com objetivo de remover a população que sofria com as inundações provocadas pelas chuvas. Nessa perspectiva, ele cria novas formas de lazer no centro da cidade e amplia o Parque Ipanema¹³.

¹³ Área verde com cerca de 1 milhão de metros quadrados e 12 mil árvores plantadas, um lago de 9 mil metros quadrados que é utilizado pela população como local de encontro e lazer.

Na disputa eleitoral de 1996, Chico Ferramenta é novamente eleito para o executivo municipal, retoma alguns projetos iniciados e volta a priorizar as políticas sociais. Porém, devido à crise fiscal, em 1998 inicia-se a reforma administrativa, trazendo perda para a população, em relação às políticas sociais, e para os funcionários, no que diz respeito aos direitos trabalhistas. "O prefeito Ferramenta vem arrochando os salários, cortando direitos e permitindo todo tipo de pressão, perseguição aos trabalhadores do serviço público municipal" (SINTSERP, 2001, p.1).

As políticas sociais existentes são mantidas, mas, focalizadas e seletivas, deixam de ser prioridades, os recursos públicos passam a ser investidos em obras de infra-estrutura. Essa diretriz é mantida em todo o seu terceiro mandato.

Em 1991, a USIMINAS, fonte principal de emprego e receita da cidade, é privatizada e, em razão disso, passa a existir uma maior demanda por serviços públicos, em consequência do desemprego, terceirização e subempregos. Neste contexto de menor investimento na área social e de transformação na oferta de emprego, a população vê-se forçada a buscar ajuda no serviço público. Na área da saúde o modelo atual é o Programa da Saúde da Família (PSF), que tem como foco principal a população carente (OLIVEIRA, 2003).

Apesar da posição contrária à privatização da USIMINAS, "hoje existe uma comunhão de interesses, forças convergentes que unem a empresa ao município. Não dá para separar uma da outra. Por isso, essa parceria é fundamental para o desenvolvimento de Ipatinga" (CHICO FERRAMENTA, 2004, p.17). Volta-se, assim, às antigas práticas de favor - a empresa quer manter o papel de empresadã e para isso, faz-se a isenção de impostos (OLIVEIRA, 2003).

Vale a pena relembrar que a ascensão do Partido dos Trabalhadores no município ocorreu na década de 80, período que se caracteriza pela

redemocratização da esfera pública brasileira. O partido chega com a proposta de governar com participação popular e democratizar a esfera pública, porém, atualmente se pauta em práticas diferentes, de cooptação. Passa existir pactos políticos para manutenção no poder: "o PT quando se afastou das bases, dos movimentos sociais precisou fazer alianças para se manter no poder" (OLIVEIRA, 2003, p.102).

Apesar da cultura política tradicional do município, a década de oitenta representou a opção pela gestão democrática, com a chegada do Partido dos Trabalhadores à administração municipal. No entanto percebe-se, na atualidade, uma retomada da política tradicional, com o estabelecimento de alianças com o PPS (Partido Progressista Brasileiro) e PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), visando a manutenção do poder (OLIVEIRA, 2003).

Persiste essa dualidade entre o que se conseguiu construir com um governo que tinha como pilares a participação popular e se orientava pelos projetos coletivos, e a tarefa de manter essa prática democrática, em circunstâncias adversas, onde as práticas de favor, clientelismo, empreguismo são freqüentemente revistas como formas de continuação no poder.

4.2 Participação Popular e Política Municipal de Saúde

A implementação do SUS, a partir da década de 90, vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, transferindo para os municípios a responsabilidade pela gestão dos sistemas locais (MENDES, 1998; BODSTEIN, 2002). Dessa forma, a municipalização da saúde passa a ocupar um espaço privilegiado enquanto objeto de discussão, intervenção e avaliação por parte de diferentes sujeitos sociais, sendo apontada como estratégia central para viabilização de vários

princípios do SUS (BRASIL, 1993; CUNHA; SANTOS, 2001), pois aproxima os cidadãos das decisões do setor.

Por outro lado, a participação da sociedade viabiliza-se pela institucionalização dos órgãos colegiados decisórios, a saber os conselhos e as conferências de saúde - espaços em que vários atores podem tomar parte e influenciar a formulação de estratégias, o controle, a avaliação e execução da política de saúde – desempenhando, em parceria com o Estado, o papel que a este cabe no regime democrático (CARVALHO; SANTOS, 2002).

A busca de criação de canais para a participação da população nas definições do governo e a inversão das prioridades de ação da administração foram diretrizes de governo no município de Ipatinga, estabelecidas com a eleição do candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1988, para prefeito municipal (SILBERSCHNEIDER, 1993). Consoante com essas diretrizes, o processo de municipalização da saúde em Ipatinga se traduz em duas grandes frentes de mudança: a reorganização da rede de serviços e a garantia da participação popular na gestão e controle dos serviços (CUNHA; COUTINHO; MACHADO, 1994).

As relações de clientelismo e favorecimento a grupos particulares e dominantes sofreram um processo de mudanças, em Ipatinga, a partir do momento que a questão social passa a ter maior destaque, levando a população a se organizar e, assim, os movimentos sociais¹⁴ foram os atores principais na redemocratização da esfera pública.

Esta questão tornou-se essencial, quando os movimentos sociais reivindicaram que uma médica sanitária, forte mobilizadora e aliada dos movimentos sociais que desenvolvia trabalhos junto às pastorais, assumisse a

¹⁴Pastorais (saúde, operária, carcerária, mulher), grupos de jovens, associações de moradores, grupos de mulheres e a 1ª chapa de oposição do SINDIPA (TANCREDO, 1997).

Secretaria Municipal de Saúde, solicitação essa aceita pelo executivo, demonstrando a intenção do mesmo em governar considerando a vontade popular.

Ao assumir a Secretaria de Saúde, em 1989, a médica sanitária, procurou dar continuidade aos trabalhos iniciados durante o período de mobilização da população, em relação às melhorias nas condições de vida, sendo sua gestão, considerada a mais democrática do município, pois ouvia os movimentos sociais e considerava as suas propostas para condução da política de saúde - a construção da política de saúde, através do debate político, foi a principal característica da sua gestão.

Neste sentido, a organização da política de saúde, no município de Ipatinga, estava em verdadeira consonância com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e com a Constituição de 1988, pois teve como princípio orientador para implantação do SUS, a organização popular, criando canais de participação, por meio dos quais

a população detém o poder decisório sobre as prioridades a serem implementadas e a forma de conduzir as ações no campo da saúde , no nível municipal. [...] Só com a participação da população interferindo decisivamente nos rumos da administração como um todo é que estaremos atendendo as reais necessidades da população de Ipatinga, inclusive na área de saúde (DOCUMENTO DA 1ª CONFERÊNCIA, 1990a, p. 2-3).

4.2.1 A Participação Do Cidadão Nas Instâncias Colegiadas De Saúde

Em 1989 foram organizadas, em Ipatinga, as Comissões Locais de Saúde (CLS), iniciativa democrática, que possuía uma vocação efetivamente popular. Ainda que incentivada pela Secretaria Municipal de Saúde, seu funcionamento foi precedido por divulgação e discussões de seus propósitos em todos os bairros onde

existia Unidade de Saúde. Quando as CLS ganharam existência legal¹⁵, já havia um acúmulo de discussão de problemas e propostas de solução (CUNHA; COUTINHO; MACHADO, 1994).

No seu estatuto fica definido o seu caráter deliberativo, formativo, fiscalizador, de composição tripartite - usuários, trabalhadores e representantes da SMS - e paritária, entre os usuários e os outros segmentos. Têm, como objetivos principais, a discussão de questões relativas à saúde e a busca de soluções dos problemas específicos de saúde da população dos bairros, que constituem área de abrangência da unidade de saúde à qual CLS está ligada (IPATINGA, 1992a).

Cunha, Coutinho e Machado (1994) destacam que as CLS juntamente com a pastoral de saúde e entidades de classes, através de ampla mobilização e discussão, contribuíram de maneira significativa na elaboração do capítulo da saúde da Lei Orgânica de Ipatinga, aprovada em maio de 1990. Existia uma preocupação por parte dos movimentos sociais, em fazer constar na Lei Orgânica do Município, como deveria ser o controle social no setor saúde, desta forma, deveria constar na lei, a criação do Conselho Municipal de Saúde, da Conferência Municipal de Saúde e das Comissões Locais de Saúde, bem como os objetivos, caráter e composição de cada uma dessas instâncias. Desta forma, estariam garantidos, em lei, os mecanismos de controle social, como meios de efetivar a participação popular e a democratização da relação entre Estado e sociedade civil.

Neste mesmo ano, em 19/08/90, é realizada a primeira Conferência Municipal de Saúde, com o tema: "Saúde e Participação". Como resultado, foram deliberadas as principais prioridades para o ano seguinte, tendo destaque, entre

¹⁵O seu Estatuto é definido em junho de 1992. (IPATINGA, 1992a).

elas, a questão da Municipalização da Saúde, a realização de concurso público, a capacitação dos membros das CLS, líderes comunitários e funcionários das unidades de saúde; também são definidas as regras para a eleição do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga (CMSI) (IPATINGA, 1990b).

Uma questão que apareceu, como prioridade, na primeira Conferência e totalmente defendida pelo conselho e pelos movimentos populares, foi a de realização de concurso público para a saúde, contrapondo-se à política anterior de contratação. Esta questão foi debatida exaustivamente em várias reuniões do conselho, em 24/10/91 o edital do concurso foi apresentado ao conselho e após esclarecimentos, questionamentos e sugestões foi aprovado pelo conselho (ATA DO CONSELHO).

De acordo com a lei, a Conferência Municipal de Saúde é a "instância máxima no que diz respeito à formulação da política municipal de saúde, sendo de composição paritária e tripartite como o conselho" (IPATINGA, 1991, p. 5). A partir da IX Conferência Municipal ficou definido que as Conferências Municipais de Saúde passariam ser convocadas bienalmente - até então a convocação era anual (IPATINGA, 1999).

Em 1991, Ipatinga sai à frente dos municípios mineiros, sendo a primeira cidade a se preparar para a IX Conferência Nacional de Saúde. Em sua II Conferência, desenvolve o mesmo tema da reunião nacional: "Municipalização é o Caminho". O Conselho Municipal de Saúde, criado no início do ano, foi o condutor do processo desta conferência, que também contou com etapas preparatórias. O diagnóstico que surgiu dos debates da II Conferência acabou por se refletir de forma significativa no trabalho da Secretaria Municipal de Saúde. Existia uma mobilização no sentido de implantar os serviços de saúde de acordo com a Lei 8.080/90, e a

participação popular conforme a Lei 8.142/90. Foi a partir de proposta da Conferência que se efetivaram os projetos de Fundo Municipal de Saúde, do Código Sanitário do Município, da garantia de aplicação de 10% do orçamento na saúde, além de outras propostas relativas aos serviços e seu funcionamento (IPATINGA, 1991b). Diante desse quadro, podemos observar a organização dos movimentos da saúde, naquele período, principalmente, em relação ao debate público acerca da saúde, entre os representantes e seus representados, o que permitia a participação dos cidadãos na organização e prestação de serviços de saúde.

“Saúde: Uma Luta Permanente em Defesa da Vida” foi o tema da III Conferência, realizada em 1992, que foi palco das definições do setor saúde para o Congresso de Prioridades Orçamentárias realizado pela Prefeitura Municipal. A saúde, com esta prática, tornava mais democrática a iniciativa do executivo de discutir com a sociedade a composição do orçamento (IPATINGA, 1992b). Também ocorreu a eleição para a segunda gestão do conselho, biênio 93/94.

Em 1993 é realizada a IV Conferência, com a preocupação de fazer um balanço da área de saúde. O tema escolhido foi “Construindo a Qualidade dos Serviços de Saúde” que expressava a preocupação com a prestação de serviços em relação ao acesso, acolhimento, resolutividade e efetividade, que ainda não se concretizaram (IPATINGA, 1993b).

“Saúde: compromisso de todos” é o tema da IX Conferência Municipal de Saúde realizada em 12 e 13 de dezembro de 1998, e a eleição da 5ª gestão 1999/2000. É deliberado que as conferências seriam realizadas de dois em dois anos (IPATINGA, 1998).

Em novembro de 2000, ocorre a X Conferência Municipal de Saúde com o tema: “10 anos de SUS. A evolução do sistema de saúde” e a eleição para 6ª gestão

do conselho 2001/2002. Nesta Conferência foi feito o balanço das conquistas e das dificuldades que ainda existem para consolidação do SUS no município (IPATINGA, 2000). Também foi destaque a luta pela Reforma Psiquiátrica.

A XI Conferência Municipal de Saúde com o tema: "Saúde, qualidade de vida" e, a eleição para 7ª gestão 2003/2004, aconteceu em 30/11 e 01/12/2002. Segundo um conselheiro, a XI Conferência foi manipulada no sentido de escolher o que sairia como Diretriz e o que seria indicativo. Em todos os grupos de trabalho havia presença de funcionários da PMI para garantir o rumo das discussões. Apresentamos no **QUADRO 1**, todas as Conferências Municipais realizadas até o momento, com seus respectivos temas, ano de realização e gestão eleita do Conselho Municipal.

Em janeiro de 1991, através da Lei nº 1.163, Artigo 1º, é criado o Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga (CMSI), de "caráter deliberativo, constituindo a instância máxima no que diz respeito à avaliação e controle da execução da política municipal de saúde" (IPATINGA, 1991, p. 2).

O Conselho possui 28 membros, com mandato de 2 anos, podendo ser reconduzidos ao cargo; quatorze são representantes dos usuários, sete representantes dos prestadores de serviços e sete representantes dos trabalhadores; cada representante deve ter um suplente para substituição. O presidente do conselho é o Secretário de Saúde. O CMSI reúne-se regularmente, uma vez por mês, e possui estruturas internas de organização, como a Comissão Executiva, cuja presidência cabe ao Secretário Municipal de Saúde.

A partir da leitura de atas do Conselho, observamos que existia, nessa época, uma preocupação por parte dos conselheiros em estarem retornando as decisões para a comunidade, pois só assim se garantiria a legitimidade do conselho,

os mesmos também sugeriam que se realizassem reuniões com as CLS e com os suplentes do Conselho.

QUADRO 1 Conferências Municipais de Saúde de Ipatinga, anos de realização, temas e eleição da gestão correspondente do Conselho Municipal.

Conferências Municipais de Saúde de Ipatinga	Tema	Gestão Eleita do Conselho
I Conferência – 1990	“Saúde e Participação”.	Definição das regras para eleição do Conselho
II Conferência – 1991	“Municipalização é o Caminho” *	–
III Conferência – 1992	Saúde: Uma Luta Permanente em Defesa da Vida	2ª gestão – 93/94
IV Conferência – 1993	Construindo a Qualidade dos Serviços de Saúde	–
V Conferência – 1994	Exercendo a Cidadania na Construção de Uma Cidade Saudável	3ª gestão – 95/96
VI Conferência – 1995	SUS, Conquistas, Realidades e Perspectivas	–
VII Conferência – 1996	Saúde, Mais Qualidade, Mais Vida	4ª gestão – 97/98
VIII Conferência – 1997	SUS, Conquista Popular, Cidadania Garantida	–
IX Conferência – 1998	Saúde: Compromisso de Todos	5ª gestão – 99/00
X Conferência – 2000	Dez Anos de Sus. A Evolução do Sistema de Saúde	6ª gestão – 01/02
XI Conferência – 2002	Saúde Qualidade de Vida	7ª gestão – 03/04

Fonte: Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde.

* O Conselho Municipal, criado em janeiro de 1991, conduz a organização e realização da II Conferência.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi instituído pela Lei 1242 de 03/12/92 e regulamentado pelo decreto nº 3.067, de 12 de agosto de 1993. Destinava-se a operar e a desenvolver o programa municipal de saúde, de acordo com o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Aplicação de Recursos aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (IPATINGA, 1993a).

Em razão de garantir a continuidade do projeto de implantação do SUS, os conselheiros e movimentos sociais, entregaram, em 1992, ao novo prefeito municipal, João Magno de Moura, um documento contendo as diretrizes da III Conferência e um abaixo assinado, solicitando a continuidade da Secretária de Saúde.

Conforme verificado nas atas, o Conselho passa, na sua segunda gestão – 93/94, por um processo de apatia e de esvaziamento, em consequência da falta de vínculo com quem representava e da inexistência de um trabalho real. Para reverter esse quadro foi criado o jornal do Conselho e realizadas plenárias nas regionais, o que conseguiu revigorar a participação junto as bases.

No final dessa gestão do Conselho, foi encaminhado ao prefeito um documento, feito pelos conselheiros e pela população organizada, destacando vários problemas na implementação do SUS no município: superlotação das unidades, falta de medicamentos, atendimento lento, não cumprimento das deliberações da III Conferência e não cumprimento da lei que implementa o FMS (ATAS DO CONSELHO). Esse processo levou à exoneração da Secretária Municipal de Saúde em 19/05/94. O Conselho, porém, posicionou-se contrário à decisão do prefeito de exonerar a secretária, pois a sua permanência refletia o compromisso com o modelo implantado. Quiseram encaminhar ao prefeito documento pedindo a sua permanência, mas a secretária não quis. Ainda assim, foi feito um protesto em frente à prefeitura, demonstrando a insatisfação com a exoneração da mesma.

Assume o novo secretário, que tinha uma certa continuidade com o projeto existente na SMS.

Com o início da 3ª gestão – 95/96, verifica-se uma preocupação do Conselho em se articular com outros Conselhos e com os movimentos sociais. Além disso, as reuniões extraordinárias da Comissão Executiva eram constantes, devido

aos problemas de implementação do SUS. Por isso, percebe-se, pela leitura das atas, que o conselho passa a ser espaço de denúncias e reclamações e não mais espaço de formulação de políticas, deixando de ser propositivo para ser reivindicativo. É nesta gestão, também, que o Conselho aprova a habilitação do município na condição de Gestão Semiplena do Sistema.

Durante esta gestão do Conselho, a SMS teve, devido à crise fiscal nacional, de fazer cortes e adequações no seu orçamento, o que levou à perda da qualidade do atendimento, pois até material de consumo chegou a faltar. Diante deste quadro, o secretário de saúde renuncia, porém antes destaca a importância do Conselho trabalhar com participação popular, e que só assim ele se tornaria, de fato, o gestor do serviço de saúde. O chefe de gabinete assume, ficando até o final de 1996.

Em 1997, sob a administração de Chico Ferramenta, 3ª gestão do PT, assume o novo secretário, indicado pelos movimentos sociais e pelos trabalhadores da saúde. A área de saúde volta ter prioridade em relação aos investimentos (ATAS DO CONSELHO).

O Conselho, em sua 4ª gestão, realiza nos dias 20 a 22 de junho, Curso de Capacitação para os conselheiros da saúde, abordando os seguintes pontos: história das políticas de saúde; aspectos legais e conceituais do SUS; processo de municipalização em vigor; condição de gestão; controle social do SUS; financiamento do SUS e modelo assistencial (ATAS DO CONSELHO). Esta gestão, de caráter mais democrático, chamava a atenção em relação ao fato de que as reclamações deveriam ser feitas com a gerência local, pois quando só se enfatiza o papel fiscalizador se perde o papel deliberativo e formulador. Existia o interesse, desta gestão do conselho, em discutir os avanços do modelo assistencial e serviços

implantados. Acontece, nesta gestão, a habilitação do município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Em junho de 98, o secretário por diferenças político-ideológicas, pede exoneração. A administração passava por reformas e, novamente, a saúde deixa de ser prioridade. O estímulo e o apoio à participação popular são reduzidos.

Inicia-se a 5ª gestão - 1999/2000 do Conselho e, conforme pode-se verificar nas suas atas, a partir desse período, as reuniões do Conselho tornaram-se mais informativas e as reações contrárias e resistências que surgiam durante as reuniões do Conselho eram transferidas para a reunião da Comissão Executiva, diminuindo dessa forma a possibilidade de conflito. Nesse contexto, o debate político desaparece e as questões tornam-se mais pontuais. Passa-se a dar maior destaque às políticas individuais e locais.

Em junho de 1999, toma posse o novo secretário, que também pontuava no seu discurso a necessidade de redução de gastos. Época em que ocorre arrocho salarial e cortes nos direitos dos trabalhadores do setor público de saúde. Esta gestão consegue a aprovação do recurso, proveniente da prefeitura e da União, para criação do Centro de Saúde Mental, diretriz que foi aprovada como prioridade na III, V, VI, VII, VIII e IX Conferências.

Em setembro de 2000, o Chefe de Gabinete da SMS assume como gestor e permanece no cargo até o final da administração, em 2004.

Na 6ª gestão 2001/2002, queremos destacar, por sua importância, duas reuniões, que serão, posteriormente, objeto de análise mais detalhada. A primeira, ocorrida em 25/02/02, foi convocada para apresentar a proposta de reordenação do modelo assistencial de saúde do município com a criação do Programa da Saúde da Família (PSF) e, presidida pelo Secretário de Saúde, contou, inclusive com a

presença do Prefeito Municipal. A segunda e subsequente reunião, muito polêmica, ocorreu em 25/04/02 e discutiu a substituição do programa de distribuição de óleo de soja e leite em pó inserido no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), pela proposta do Programa de Bolsa Alimentação.

Até aqui estivemos utilizando apenas as atas do Conselho Municipal e das Conferências. Como previsto na metodologia, houve, também, a nossa participação como observadora em sete reuniões¹⁶ do Conselho. Por isso, as práticas de participação do conselho na gestão 2003/2004, que são objeto atual deste trabalho, foram estudadas a partir das vinte quatro reuniões realizadas, utilizando-se a leitura de atas e/ou a observação participante (ver **QUADROS 2 e 3**).

Cortes (1998a, 2002); Barros (1998); Carvalho (1998) e Aciole (2003), entre outros, reconhecem que a institucionalização das instâncias colegiadas é, sem dúvida, uma grande conquista, pois é possível verificar que elas abrem um espaço para viabilização da participação popular. O que é percebido nas falas dos entrevistados e relatos de atas.

O conselho e a comissão local são fundamentais para os avanços na saúde de Ipatinga. Discutindo as prioridades e fiscalizando a aplicação dos recursos, o conselho e a comissão local são os pilares da participação popular na saúde de Ipatinga (GESTOR).

Nós temos um conselho que tem participação, nós brigamos, defendemos aquilo que acreditamos. Já foram colocados em votação temas importantes e nós ganhamos com um ou dois votos, a prefeitura defendeu uma coisa e os usuários defendendo outra e nós usuários ganhamos (USUÁRIO - FOCAL).

O processo eleitoral para Comissão Local de Saúde da Regional VII se deu por chapas, foi publicado edital em jornal e em diversos locais dos bairros envolvidos, com 33 dias de antecedência. Houve chapa

¹⁶ As sete reuniões que participamos como observadora foram no ano de 2004. Décima segunda reunião ordinária, em 26/02; Décima terceira reunião ordinária, em 25/03; Décima quinta reunião ordinária, em 19/05; Décima sexta reunião ordinária, em 17/06; Décima sétima reunião ordinária, em 22/07; Décima oitava reunião ordinária, em 19/08; Reunião extraordinária, em 06/10.

única, eleita por unanimidade por cerca de 70 pessoas (ATAS DO CONSELHO).

QUADRO 2 Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, gestão 2003/2004, respectivas datas e enfoques - Leituras das atas do conselho.

Reunião	Data	Enfoque
1ª ordinária	20/02/03	Posse do conselho gestão 2003/2004 e informes a respeito da Secretaria Municipal de Saúde.
2ª ordinária	27/03/03	Prestação de contas do ano de 2002, informes sobre o quadro da dengue, questionamento sobre contratação de funcionários para a área de saúde.
3ª ordinária	16/04/03	Apresentação e aprovação do projeto de referência em saúde do trabalhador.
4ª ordinária	22/05/03	Apresentação do orçamento da SMS e informes sobre a vistoria do BNDES ao Projeto Multisetorial Integrado.
5ª ordinária	26/06/03	Eleição dos delegados para participarem das assembleias do COMPOR. Apresentação e aprovação de projetos.
6ª ordinária	17/07/03	Prestação de contas do 1º trimestre de 2003.
7ª ordinária	19/08/03	Discussão a respeito das faltas sem justificativa por parte dos conselheiros e informes sobre a dengue.
1ª extraordinária	27/08/03	Apresentação e aprovação de vários projetos que deveriam ser encaminhados ao Ministério da Saúde.
8ª ordinária	15/09/03	Apresentação de projetos. Houve a solicitação de que os projetos fossem entregues com antecedência para que os conselheiros pudessem interagir do assunto.
9ª ordinária	19/10/03	Prestação de contas do 3º trimestre de 2003, houve questionamentos e à aprovação da mesma foi adiada para reunião seguinte. Questionou-se a aprovação de projetos antes do término da apresentação.
10ª ordinária	26/11/03	Prestação de contas do 3º trimestre. Apresentação e aprovação de projetos.
11ª ordinária	18/12/03	Divulgou-se os focos da dengue no município.
14ª ordinária	15/04/04	Informes sobre a dengue. Apresentação e aprovação de projetos sem questionamentos.
19ª ordinária	09/09/04	Apresentação do relatório de assistência social e aprovação do Projeto de Referência em Saúde Bucal.
20ª ordinária	23/09/04	Informes a respeito de construção e inauguração de unidades de saúde. Aprovação da prorrogação da XII Conferência Municipal de Saúde.
22ª ordinária	28/10/04	Prestação de contas do 3º trimestre de 2004.
23ª ordinária	18/11/04	Apresentação e aprovação do projeto de credenciamento do serviço de nefrologia do Hospital Márcio Cunha.
24ª ordinária	16/12/04	Apresentação e aprovação do Plano de Ações e Metas 2004/2005.

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, gestão 2003/2004

QUADRO 3. Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, gestão 2003/2004, respectivas datas e enfoques - observação participante

Reunião	Data	Enfoque
12ª ordinária	26/02/04	Polêmica em torno da política da odontologia, no que se refere ao atendimento do adulto. O presidente do conselho ressaltou os avanços da odontologia e propôs uma reunião específica para discutir o atendimento do adulto. Informes sobre inauguração de unidades de saúde.
13ª ordinária	25/03/04	Apresentação e aprovação de vários projetos sem questionamentos. Apresentação do quadro da dengue no município.
15ª ordinária	19/03/04	Apresentação da Clínica Psicossocial. Aberto espaço para que os conselheiros levantassem questões para discussão. Foram apresentadas questões referentes a fila, falta de medicamento, falta de médico entre outros.
16ª ordinária	17/06/04	Informes sobre o serviço odontológico do município. Prestação e aprovação de contas do 1º trimestre de 2004, sem nenhum questionamento.
17ª ordinária	22/07/04	Apresentação do plano de intensificação do atendimento da dengue. Escolha de um conselheiro para participar do 1º Seminário Estadual de DST/AIDS.
18ª ordinária	19/08/04	Apresentação do programa de Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST).
21ª ordinária	06/10/04	Credenciamento do Serviço de Atenção Cardiovascular De Alta Complexidade do Hospital Márcio Cunha.

Fonte: Observação participante.

Em relação as falas anteriores podemos inferir que ainda há uma abertura no sistema de poder, as quais devem ser fortalecidas através do diálogo e, dessa forma, fortalecer a democracia.

Através da observação participante, foi possível verificar que o conselho é um espaço capaz de receber as demandas da comunidade.

A participação no conselho, onde as reuniões são abertas, quem tem direito a voto são os conselheiros, mas a comunidade tem direito a voz, o que é importante (USUÁRIO - FOCAL).

Nas comissões locais são colocadas as dificuldades das unidades de saúde, então nós conselheiros levamos para reunião do Conselho e cobramos do Secretário. (...) a reunião é aberta e a gente tem direito de cobrar (USUÁRIO).

Embora reconhecendo a importância das instâncias colegiadas, que ademais é confirmada pelas falas dos entrevistados, identificamos dificuldades para o seu funcionamento e verificamos práticas que limitam as possibilidades de democratização no setor saúde. Tal como apontado por Cortes (1998b), levar em conta esses aspectos é importante no sentido de avaliar a viabilidade das estratégias políticas que consolidam os avanços em relação à maior participação popular no processo político.

O primeiro obstáculo a ser destacado é a existência de uma certa incredulidade em relação à participação popular no setor saúde.

[A participação] ocorre muito pouco, pois existe uma falta de interesse da população. Pouquíssimas pessoas participam na área da saúde (TRABALHADOR).

Não ocorre reconhecimento do usuário. (...), as leis sempre foram ditadas de cima para baixo, não buscando a opinião da comunidade, elas foram ditadas e não aceitas pela comunidade (USUÁRIO).

Esta incredulidade pode ser creditada, como salientado por Habermas "aos próprios cidadãos muitas vezes despreparados, preocupados com sua sobrevivência diária" (HABERMAS, 1997. P. 129), pois a participação tem duplo condicionamento. Além da adesão à participação, é necessária a motivação para participar, pois, a instituição de mecanismos participativos sem a atitude participativa nada vale. A recíproca também é verdadeira, a mera presença sem a institucionalização da forma de participação, não tem poder decisório e é movimento de frustrações. (HABERMAS, 1997).

Um outro aspecto é o clientelismo, entendido como troca de favores como compensação para uma participação menos efetiva.

Durante a reunião mensal uma conselheira, representante dos usuários, questionou de que forma se daria a contratação dos agentes comunitários. O presidente do Conselho informou que estava havendo indicações por parte dos conselheiros, comissão local e comunidade, mas os candidatos passariam por diversas avaliações (ATAS DO CONSELHO).

Enxergamos, implicitamente, nesta forma de contratação, a tradicional maneira de governar, que usa o empreguismo, o favorecimento como aliado para se manter no poder. Pedrosa (1997) destaca que a “reprodução e manutenção do poder, institucionaliza práticas políticas tradicionais como o clientelismo, o fisiologismo, a opacidade em torno de seus projetos” (1997, p. 743). Este tipo de clientelismo leva a cooptação dos favorecidos que passam a representar e legitimar os interesses da administração.

A relação do conselho com a administração pública municipal é de extrema tranqüilidade, pois os conselheiros não representam uma contraposição política significativa. Os pontos da pauta da reunião são ditados pelo secretário, em acordo com as matérias de interesse da Secretaria Municipal, com poucas demandas trazidas pelos conselheiros. As discussões dos conselheiros giram em torno de temas e rotinas da administração, exemplificando o que Habermas (1997) denomina circulação inversa de poder – do executivo para as instâncias representativas – diferente daquela própria da democracia em que os temas e propostas brotam da sociedade e, aprovadas no Estado, são transformadas em política pública.

Nas reuniões que são mensais o gestor tráz os projetos prontos, e aí se o conselho achar por bem ele vota aprovando ou não (USUÁRIO - FOCAL).

O projeto já vem pronto (USUÁRIO).

Ilustrando essas falas citamos a oitava reunião do conselho, gestão 2003/2004, que foi palco para apresentação de projetos, os quais necessitavam da aprovação do Conselho para serem encaminhados para o Ministério da Saúde. Logo após a apresentação, um representante dos usuários, questionou sobre as informações vazias sobre os projetos e sugeriu que a secretaria enviasse aos conselheiros, cópias dos projetos com pelo menos quinze dias de antecedência de sua apresentação e aprovação, para que eles interagissem com o assunto a ser discutido. A justificativa, que se deu, sobre enviar os projetos com antecedência é que algumas vezes não há tempo hábil para fazê-lo. Diante deste quadro, percebemos que o conselho só toma conhecimento dos projetos na hora da votação o que demonstra a neutralização da sua influência na formulação das políticas de saúde (ATAS DO CONSELHO). Esta questão foi destacada por um entrevistado, “O conselho não atua, é zero, não tem identidade, nós recebemos as coisas todas prontas” (USUÁRIO).

Outra situação por nós considerada relevante, foi a proposta de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), quando o prefeito destacou que o projeto do PSF tinha o objetivo de aprimorar o modelo já existente e que, para dar certo, seria necessário a existência de “parcerias com a comunidade, com o Conselho e Comissões Locais de Saúde, onde todos teriam responsabilidades, buscando melhorar os indicadores de saúde do município” (ATAS DO CONSELHO). Ainda segundo o Prefeito, “a saúde começa em casa, a promoção da saúde é responsabilidade de todos” (ATAS DO CONSELHO). Continuando, salientou que, naquele momento, estava acontecendo, em primeira mão, a apresentação do projeto. O Secretário Municipal de Saúde complementa que a elaboração do projeto envolveu toda a Secretaria de Saúde com o objetivo de que ele se viabilizasse,

atendesse à realidade do município e levasse em conta a estrutura já existente. Segundo ele, “a estrutura é muito boa, mas convive com problemas crônicos da própria estrutura do SUS, como, por exemplo, o financiamento”. Mais uma vez, a participação é colocada em cena: “A implantação da proposta vai precisar da participação de todos da comunidade” (ATA DO CONSELHO).

Ao final da apresentação, o Secretário, abriu espaço para discussão, mas as questões levantadas não se referiam ao modelo proposto, mas sim aos já conhecidos problemas do SUS, como o financiamento, carga horária dos profissionais, se teria ambulância e outros. Enfim, sem nenhuma discussão em relação à política de saúde proposta, o projeto foi aprovado.

Entendemos ser difícil para uma pessoa comum discordar ou colocar o seu ponto de vista, diante de um técnico competente, fato que não deixa de ser uma barreira para a participação. Além disso, o que nos parece mais relevante ainda, é que esta maneira de fazer política de saúde, utilizando predominantemente o critério técnico nas tomadas de decisão, adota simplesmente a lógica de se conseguir o consentimento para a mesma - no entanto, perguntamos se é legítima essa decisão que não conta com a efetiva participação e com o consenso de todos os sujeitos sociais, próprios do processo democrático de formulação da nova política.

Habermas (1997), destaca que a democracia só se constrói com a participação livre e igualitária dos cidadãos em espaços públicos autônomos, lugar onde a sociedade organizada consiga produzir uma opinião pública a partir do processo de discussão e negociação entre os sujeitos envolvidos, capaz de exercer influência sobre os processos institucionalizados de formação da vontade e gerar, então, poder comunicativo, capaz de se confrontar com outros imperativos e garantir assim os interesses coletivos dos cidadãos. Esse ingrediente é que tornaria possível

aos conselheiros lidar com os componentes técnicos e administrativos das tomadas de decisão (MELO, 1999; 2005).

Esse fator dificultador de participação, isto é, o conhecimento teórico científico – o poder do saber – conforme destacado por Wendhausen e Caponi (2002) representa a velha prática de técnicos falando para leigos, isto é, o discurso competente provocando um silêncio em torno da participação, ou, ainda, o uso instrumental de um espaço que deveria ser democrático, para legitimar ações governamentais. Isso não passa despercebido pelos entrevistados.

Os prestadores públicos são mais preparados tecnicamente para defender o interesse da administração. Eles já vêm com o projeto deles totalmente definido, já sabem o que falar, já sabem o que a gente vai colocar contra, então eles já têm a resposta para estar convencendo(...), e para estar votando favorável a eles (USUÁRIO – FOCAL)

As estratégias das reuniões e dos processos de discussão foram outro ponto que nos chamou a atenção. Percebemos que em situações de polêmica, o assunto é retirado da pauta e adiado para reuniões futuras ou simplesmente delegado à Comissão Executiva, para deliberação. Por exemplo, na décima segunda reunião – gestão 2003/2004, levantou-se a polêmica em torno da política da Odontologia, no que se refere ao atendimento do adulto. O presidente do Conselho, em resposta, ressaltou o avanço dos índices positivos da Odontologia para crianças e gestantes e propôs uma reunião específica para discutir o assunto. Houve, é claro, um esvaziamento do debate político.

De forma idêntica, através da leitura das atas, verificamos que durante a reunião de apresentação da proposta de substituição do programa de distribuição de óleo de soja e leite em pó, inserido no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), pelo Programa de Bolsa Alimentação, houve resistência, e um

representante dos usuários chamou a atenção “para o fato de que o conselho tinha de ter uma posição firme e não participar dessas jogadas” (ATA DO CONSELHO). Os conselheiros ficaram na dúvida se aprovavam ou não porque temiam o que viesse a acontecer frente à sua recusa.

Diante da polêmica, o Presidente do Conselho passou a votação do projeto para reunião seguinte. Já nesta reunião, outra estratégia de bloqueio da discussão, como estudado por Wendhausen e Caponi (2002), entra em ação: o Presidente do Conselho salienta que havia forte pressão do Ministério da Saúde e da comunidade política para que o município aderisse ao programa. Com discussão menos acalorada e diante das questões abordadas pelo Presidente, a maioria dos conselheiros vota a favor e o Programa é aprovado. Mais uma vez, fatores de ordem político-administrativa e formas de condução da discussão entram em cena e sobrepujam as diferentes preferências e avaliações dos conselheiros.

Em síntese, percebemos que, na realidade, ocorre um esvaziamento do debate político do Conselho, pois, em grande parte, as reuniões tornaram-se informativas, reclamatórias e corriqueiras, não chegando a decisão nenhuma.

Com todos os fatores que bloqueiam a discussão, acaba por haver um predomínio do governo em relação aos demais segmentos e dos conteúdos técnico-científicos sobre os demais, comprometendo a participação, principalmente, porque não há uma associação do trabalho da instância com a sociedade, que é a nossa próxima categoria de análise.

4.2.2 A Participação dos Cidadãos no Debate Público de Saúde

Esta pesquisa, procura investigar o discurso democrático e as práticas participativas do setor saúde, implementadas no Município de Ipatinga, buscando

elucidar as seguintes questões: que procedimentos participativos pretendem tornar real o discurso de democracia e, em que medidas estes procedimentos proporcionam, de fato, a participação dos vários atores sociais nas decisões do governo, influenciando na organização dos serviços de saúde.

A concepção que vem balizando o nosso estudo, como já anunciamos, é a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, que nos oferece um conceito amplo e bem fundamentado de democracia, entendido como a institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e da vontade, de modo que as decisões políticas sejam definidas de forma participativa, o que exige a associação entre os mecanismos representativos e o debate público, propiciando, pois, um processo de reflexão, discussão e negociação entre os atores sociais envolvidos, próprio do entendimento lingüístico, que garante o respeito e a consideração das aspirações comuns e dos interesses coletivos dos cidadãos (HABERMAS, 1997; 2002).

Como a participação estudada se refere ao processo de democratização do setor de saúde, cabe retomarmos o conjunto de propostas e de intervenções dos diferentes atores sociais na formulação, execução e avaliação das políticas desse setor, que compõe a idéia de participação social da Reforma Sanitária Brasileira, que se viabiliza pela institucionalização dos órgãos colegiados decisórios, a saber, os conselhos e as conferências de saúde – espaços em que vários atores podem tomar parte e influenciar a formulação de estratégias, o controle, a avaliação execução da política de saúde – desempenhando, em parceria com o Estado, o papel que a este cabe no regime democrático (CARVALHO; CARVALHO, 2002).

Para fazer a conexão dessa proposta de democracia do setor saúde com o modelo de democracia inspirado no agir comunicativo proposto por Habermas é

necessário vincular a representação nas instâncias institucionalizadas de participação do setor saúde, isto é, conselhos e conferências, com os processos de organização e mobilização da sociedade civil, geradores de um amplo debate público, que oriente a atuação dos representantes e as decisões tomadas nesses espaços para as reais necessidades dos cidadãos. Assim é que se geraram as duas categorias de análise utilizadas neste trabalho, 1) a participação nas instâncias colegiadas e, 2) a sua vinculação à mobilização e organização da sociedade, produzindo debate público.

A necessidade dessa conexão é claramente percebida por muitos atores sociais entrevistados nessa pesquisa, como demonstra claramente a fala de um usuário:

Eu acredito que dentro de um processo político participativo, a participação popular é primeiramente a organização da comunidade. Se a comunidade não tiver organizada não adianta o poder público dizer que existe participação popular, somente a comunidade define isso. A participação popular vem primeiramente com a organização dos setores onde ela está implantada (USUÁRIO).

E de um trabalhador da saúde:

[Participação] é a possibilidade do cidadão estar exercendo o poder e de também decidir o controle, fiscalização e formulação das políticas em geral e das políticas de saúde (TRABALHADOR).

Como se vê, existe uma concepção ampliada de participação popular, associando-a à organização dos cidadãos em espaços públicos autônomos, em consonância com a proposição segundo a qual somente com a organização da sociedade civil em torno de interesses coletivos é que os cidadãos conseguem produzir poder político capaz de influenciar os processos deliberativos. (HABERMAS, 1997, 2002).

O processo de redemocratização que ocorreu no Brasil, na década de 80, fruto dos movimentos sociais que questionavam a esfera pública, a qual servia aos interesses da classe dominante, também teve expressão, em Ipatinga e, o resultado dessa mobilização, como já tratado anteriormente nessa dissertação, foi a ascensão em 1989, do Partido dos Trabalhadores à Prefeitura Municipal, apoiado pelos movimentos sociais. É mobilização da sociedade. Pois bem, aquela concepção alargada de participação antes referida também se expressa em relatos que associam a democratização do setor de saúde com a descentralização e mudança do poder, especificamente, com a vitória do Partido dos Trabalhadores em Ipatinga e adoção das políticas democráticas por ele defendidas.

Antes de 1989, a gente não sabia o que se passava dentro da prefeitura, dentro da Secretaria de Saúde. Depois, que o PT entrou em Ipatinga deu oportunidade para nós todos, pois trabalha com a comunidade (...), mudou para melhor, pois aumentou o número de pessoas participando, preocupadas com o desenvolvimento das políticas de saúde (USUÁRIO).

Anteriormente, à gestão do PT, era o gestor que decidia para onde deveriam ir os recursos. Não havia naquela época transparência da gestão pública, igual ocorre hoje com a participação popular (TRABALHADOR).

Antes de 1989 as decisões das ações na área da saúde aconteciam nos gabinetes e não se consultava a população (GESTOR).

A despeito do alcance dessas percepções sobre a participação popular na saúde, verifica-se uma convergência das falas sobre os mecanismos e espaços concretos de participação na formulação das políticas de saúde, identificando-os com o Conselho e com as Comissões Locais de Saúde.

Os principais canais são as Comissões Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (USUÁRIO).

Participando das reuniões das Comissões Locais de Saúde e indo ao Conselho Municipal de Saúde (TRABALHADOR).

A partir do momento que, você tem um governo democrático popular, o controle social é a tônica e, é feito através da participação da população no Conselho Municipal de Saúde, nas Comissões Locais de Saúde e na Conferência Municipal de Saúde (GESTOR).

Como podemos verificar, a influência da sociedade na construção das políticas públicas de saúde, para a maioria dos conselheiros entrevistados, está associada à participação nas instâncias institucionalizadas e nelas se esgota. Ou seja, as falas trazem a noção da participação em conformidade ao que é estabelecido pelos princípios do SUS, que aponta o exercício da cidadania por meio de participação em órgãos colegiados (VANDERLEI; WITT, 2003). É a participação permitida, consentida. Estes espaços acabam, dessa maneira, por afirmarem-se como os únicos possíveis para a participação popular no setor saúde. No nosso entender, segundo os referenciais teóricos aqui utilizados e levando-se em conta a própria concepção geral dos entrevistados – não a sua forma de viabilização como já se viu - os Conselhos não substituem os movimentos sociais e o dia a dia das esferas públicas pela busca da transformação da realidade social excludente.

Mesmo assim, no próprio discurso que enfatiza a importância dos espaços institucionalizados, é possível notar uma preocupação com a publicização e transparência das decisões tomadas, portanto, com a livre circulação de informações, o que, mais uma vez, remete à formação da opinião coletiva e ao debate público.

Participação popular é a ação política de governar junto com a população, organizando-a em conselhos e instâncias de decisão e deliberação, discutindo as prioridades de gastos e investimentos da prefeitura e prestando contas das decisões tomadas coletivamente e democraticamente (GESTOR).

A relevância dessa constatação torna-se mais expressiva ainda quando o tema em pauta é nada mais nada menos do que o uso e aplicação dos recursos financeiros públicos.

Na perspectiva de ampliação da esfera pública, destaca-se, a importância de que existam canais de acesso da sociedade aos gastos públicos, pois verifica-se que, por parte de alguns políticos, a verba pública é usada de forma clientelística (CORREIA, 2003, p. 65-66)

Cabe destacar que essa preocupação apareceu nos três grupos de representantes (usuário/trabalhador/gestor), o que demonstra um entendimento dos mesmos em relação ao controle financeiro proposto pelo SUS. Ressalte-se ainda que ela não se resume à necessidade de fiscalização de contas, mas de aprovação da política com a correspondente aplicação dos recursos e, a partir daí, sim, à fiscalização da verba utilizada para o desenvolvimento das ações.

De todo modo, é possível perceber uma defasagem ou até uma tensão entre, por um lado, a concepção de participação dos atores entrevistados, mais ampla e exigente, e, por outro, a sua avaliação sobre quais são os mecanismos existentes que viabilizam essa participação. “Nós temos todas as condições para se fazer participação popular, só que ela não acontece, a gente sabe o que é, mas não sabemos como fazer” (USUÁRIO).

Essa tensão ou distanciamento entre o pensar e os possíveis modos de agir, como era de se esperar, não ocorre sem críticas por parte dos diferentes atores sociais e é motivo de descrença, desmobilização, mas também de possibilidade de transformação:

Não acredito que tenha participação verdadeira dos vários segmentos, pois as leis já estão prontas (USUÁRIO).

O segmento do gestor tem maior peso, porque eles têm os argumentos necessários para apresentar para o Conselho e ninguém tem argumentos suficientes para discordar, então na verdade ele é o peso superior (USUÁRIO - FOCAL).

O que tem maior peso ainda é o governo, eu acho que pelas questões políticas (GESTOR).

A maior participação são dos gestores (...), a maior influência é a do gestor. Por que na realidade os usuários são pessoas simples, não têm conhecimento necessário para estarem definindo as prioridades e acaba os gestores, que são profissionais de saúde, técnicos de saúde influenciando mais nas decisões (TRABALHADOR).

Aparecem, mais uma vez e de forma evidente, aqui, no nível empírico, os fatores que dificultam e comprometem a participação dos usuários, principalmente, os de ordem política, técnico-científica e administrativa, corroborando a análise de Habermas, em particular e de muitos outros estudiosos, sobre a colonização do Mundo da Vida dos cidadãos e da tensão entre democracia e complexidade. (HABERMAS, 1989a, 1997, 2002; DAHL, 1993; TOURAINE, 1999). E, mais uma vez, reaparece a necessidade de buscar mecanismos de superação desses fatores. Voltamos à questão da necessidade da associação entre a representação e a vontade expressa dos cidadãos representados, como forma de canalizar para dentro das instâncias, as necessidades, preferências e interesses coletivos dos diferentes atores e grupamentos sociais, para que sejam devidamente levados em consideração nas tomadas de decisões.

Em Ipatinga, a eleição dos conselheiros acontece durante a Conferência Municipal de Saúde, onde os vários segmentos se reúnem para, separadamente, definir seus representantes. Entretanto, antes deste processo acontecer, são realizadas as pré-conferências das oito regionais, dos trabalhadores do setor público e dos prestadores privados, momento em que são escolhidos os delegados, os

quais, participarão da Conferência e terão a prerrogativa de escolher os conselheiros.

Na pré-conferência é que se escolhe os delegados que vão escolher os conselheiros no dia Conferência, não existem outras reuniões para discutir a escolha dos conselheiros (USUÁRIO).

Mas nem sempre é assim:

No dia da Conferência eu fui lá e dei o meu nome, disse que eu queria ser conselheira e eles aceitaram, não houve escolha na pré-Conferência (USUÁRIO).

As falas acima demonstram o caráter diferenciado na organização em relação à escolha dos conselheiros. Se no primeiro caso, a discussão para escolha do representante é episódica, na segunda fala não houve sequer essa discussão, uma vez que o representante não foi escolhido pelos seus representados. Diante desta situação, não há como identificar este conselheiro “como legítimo representante da comunidade que não lhe reconhece como tal, e muito menos, consideram sujeito participante que utiliza este espaço para construir sua autonomia e a daqueles que representam” (PEDROSA, 1997, p. 744).

No que se refere ao motivo que levou o participante da pré-conferência a ser escolhido como delegado para Conferência, encontramos vários fatores, que vão desde a vontade real de participar até o fato de ser um jogo de empurra, incluindo a influência da administração pública, conforme descrição abaixo:

Eu não sabia como era, aí eu fui lá como não tinha muita gente dei o meu nome e foi aceito (USUÁRIO).

Houve uma certa pressão da administração para que eu participasse, pois eu tinha um cargo de confiança (TRABALHADOR).

Eu acho que é porque eu sempre estou no posto de saúde e converso muito com a comunidade sobre o atendimento do posto. Eu procuro resolver alguns problemas (USUÁRIO).

Eu sempre participei da Comissão Local, nesse espaço eu sempre procurei trabalhar a favor do serviço público de saúde. Assim, no dia da plenária da pré-conferência da minha regional, eu fiz propostas e discuti com os participantes as minhas idéias, desta forma, fui eleito como seu representante (USUÁRIO).

Diante do exposto, percebe-se a ausência de envolvimento da população organizada, isto é, dos representados na escolha de seus representantes. Desta forma, prevalece uma representação individual, não existe a identidade coletiva, pois não se tem uma base capaz de influenciar nas decisões dos representantes dentro do Conselho, sendo quase impossível pensar um projeto comum.

A divulgação e circulação de informações entre representantes e representados é também de primordial importância.

a relação entre os representantes e representados dá-se, na maioria dos casos, através de uma teia complexa de relações informais. Em outras palavras, o boca a boca, a vizinhança, os companheiros dos movimentos, da igreja, ou da sociedade amigos de bairros, formam os canais regulares de comunicação entre o representante e a população (COHN; ELIAS; JACOBI, 1993, p .92).

É o mundo da vida tecido pelas múltiplas interações entre os atores sociais, a partir das quais as percepções e experiências são entrelaçadas, constituindo a opinião pública, ampliando-se cada vez mais pela adesão de novos e novos atores – assim se constrói o debate público.

Eu sempre transmito as decisões tomadas no Conselho para a Comissão Local de Saúde da qual eu faço parte, e também, divulgo na associação de moradores do meu bairro (USUÁRIO).

Eu converso com os meus vizinhos, amigos, explico o que está acontecendo e peço a opinião deles a respeito de algum problema que aparece (USUÁRIO - FOCAL).

O problema é que muitos não fazem isso de modo algum ou só o fazem quando são interpelados:

Eu nunca repassei nada do Conselho, pois, nunca, ninguém me perguntou nada (TRABALHADOR).

Quando tem alguém que se interessa a gente até explica alguma coisa. Dá um aviso no local de serviço (TRABALHADOR).

Tal situação, acredito, acontece devido ao fato de que um não se reconhece no outro, os representantes na maioria das vezes se autonomizam e se distanciam dos seus representados, não representam a comunidade a qual pertencem e, por outro lado, não recebem dela a legitimação necessária.

O último aspecto a ser considerado refere-se à participação dos cidadãos na organização e prestação de serviços de saúde, porque na experiência desse contato com o sistema cada cidadão poderá apreender, refletir e criticar todos os processos de produção da saúde e a adequação/inadequação dos mesmos com o seu modo de vida e suas necessidades. O fato dessa experiência ser também vivida por outros cidadãos possibilita o diálogo e a interação entre eles, constituindo os primeiros passos de formação da opinião coletiva acerca do tema (HABERMAS, 1997; MELO, 1999). O que ocorre, porém, é que o sistema de saúde de Ipatinga, por sua história de democracia e pelos recursos financeiros existentes, em virtude da presença da Usiminas, diferencia-se de todos os demais sistemas municipais de saúde, atingindo, em relação a eles, um grau maior de organização e maiores garantias de acesso e qualidade do cuidado prestado.

Olhando a realidade do país, Ipatinga hoje possui um bom sistema de saúde. Tem tido avanços, e devemos aplaudir estes avanços, a Secretaria de Saúde e o Conselho tem trabalhado para que isso ocorra, mas ainda temos muitas coisas para avançar (USUÁRIO - FOCAL)

A saúde em Ipatinga tem ótimos indicadores, nas mais diversas áreas, sendo considerada modelo em diversos programas (GESTOR).

É interessante (...), quando a gente está na ponta, numa área de pobreza mesmo a gente acha que tem muita coisa para fazer (...), eu tenho dificuldade em conseguir um ultra som, uma tomografia computadorizada. E aí, quando você olha os municípios aqui ao redor, tem lugar que não tem acesso a um exame de fezes. (...),aí eu vejo que a área de saúde aqui é uma ilha (GESTOR).

Eu acho que houve uma melhora muito grande (...), houve um crescimento da atenção básica (TRABALHADOR).

Boa, muito boa (...), temos um índice de qualidade de vida muito bom, temos água tratada e esgoto tratado em praticamente 100% das residências (TRABALHADOR).

Acreditamos que Ipatinga é uma cidade privilegiada (...), tem investido, tem feito sua parte, mas esperamos que faça mais (USUÁRIO).

A convergência das falas narradas acima traduz a qualidade dos serviços de saúde do município percebida pelos entrevistados, que mesmo com interesses e visões de mundo diferentes, acreditam nos serviços de saúde pública prestados à população.

Ainda assim, há críticas referentes à participação do usuário na definição das políticas de saúde, que nelas não se reconhecem nem sabem de onde surgiram. De uma forma geral, a forma de organização e produção dos serviços de saúde é elaborada e conduzida conforme a vontade da administração.

As prioridades da saúde são definidas nas Conferências, agora para chegar na Conferência eu realmente não sei como chega, pois todas duas Conferências que eu participei eu já recebi pronto e não questionei e nem fui informado como foi formulado (USUÁRIO).

As diretrizes da saúde são definidas nas Conferências, hoje as prioridades vêm das Conferências e, algumas, de resoluções e projetos do Ministério, exemplo o PSF (TRABALHADOR).

Existem certas coisas que a gente não gosta de falar, mas nas Conferências, a prefeitura, o gestor têm seus interesses de aprovar algumas coisas, e os interesses deles eles aprovam. E os nossos, às vezes, dependendo se você fizer uma pressão política com muitas pessoas, algumas coisas, nós costumamos aprovar, mas se você não tiver um certo nome ou uma certa força política você não consegue nada. Infelizmente é a realidade (USUÁRIO - FOCAL).

Ao examinar estes depoimentos, percebe-se que as visões dos representantes são convergentes, no que se diz respeito à forma de produzir os serviços de saúde. Há um reconhecimento do predomínio da vontade do gestor e da administração na condução da organização dos serviços de saúde. A participação dos outros segmentos dá-se apenas no sentido de legitimar o que é definido antecipadamente pelos dirigentes.

Tentando pensar um pouco sobre essa forma de organização dos serviços de saúde do município de Ipatinga, nos chamou a atenção que hoje, a Conferência, o Conselho ou Comissões Locais, não garantem um planejamento e uma gerência democratizada, e a participação popular tornou-se uma imposição técnica ou política, mas esvaziada de conteúdo, não garantindo o acesso da população ao poder decisório.

Eles imprimem diretrizes, não nos ouvem, nós somos comunidades e eles são dirigentes. Eles não podem imprimir de cima para baixo (...), e é isso que vem ocorrendo em todo processo saúde de Ipatinga (USUÁRIO).

Hoje o Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga só serve para assinar papel (USUÁRIO).

Ainda predomina a questão do gestor (GESTOR)

Em nossa perspectiva de análise, entendemos que a mobilização e organização da sociedade civil, a representatividade dos usuários e a maneira como eles se articulam e se relacionam com suas bases surgem como a possibilidade da população definir as políticas de saúde. Nesse sentido, a nossa hipótese era verificar, de uma forma geral, se no Município de Ipatinga, o modo de gestão democrática e participativa se ancora de fato na participação da sociedade e foi isso que procuramos apreender nas falas dos sujeitos entrevistados. Verificamos que, embora haja uma importante história democrática, ainda há caminhos para serem trilhados, rumo a uma participação mais efetiva que de fato transforme os atores sociais em autores.

CONCLUSÃO

A proposta do Partido dos Trabalhadores de democratização do governo municipal, em Ipatinga, desenvolveu-se em torno da promoção de discussões e decisões das ações da Prefeitura, com a participação da população através de Conselhos Municipais. Ao longo dos governos, foram constituídos oito conselhos setoriais: Conselho Municipal de Orçamento, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente, Conselho de Assistência Social, Conselho de Saúde, Conselho de Turismo e Conselho municipal de Entorpecentes.

Os argumentos centrais do discurso de democratização petista, de inversão de prioridades e de participação popular giravam em torno de que só é possível dirigir corretamente o atendimento das demandas, quando a população participa das definições do governo. Então, através da organização de conselhos, a prefeitura procurava consultar a população em conferências, seminários e reuniões. A população apresentava suas reivindicações e a administração assumia o compromisso de cumprir o que era deliberado nos fóruns de participação, como forma de confirmar o caráter democrático do governo.

Se tentarmos avaliar o caráter democratizante da experiência de Ipatinga, a criação dos conselhos, sob a proposta de se constituírem espaços co-participados para tomada de decisões da administração, representa um indicador real de mobilização da população em direção a sua participação no governo, pois a criação destes canais representou uma mudança do modelo político, que antes era

patrimonalista, oligárquico e clientelista, para um modelo de governo que se pautava na participação popular.

A partir das questões já evidenciadas, podemos afirmar que, no início da gestão do Partido dos Trabalhadores, a atitude do executivo municipal em relação à participação popular era de total aprovação, quando apoiava as decisões dos mesmos para implementação das Políticas Públicas de Saúde, daí a facilidade de implantar o Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga, dentro de um projeto de administração democrático e popular. Assim sendo, os movimentos sociais, organizações, associações isto é, a sociedade civil, passa a ter outro espaço de participação quando da institucionalização dos Conselhos.

Atualmente, nota-se que houve uma mudança na natureza da participação popular, em relação ao período mais democrático, quando existia no contexto nacional e também municipal uma busca pela democratização da esfera pública, e daí a insuficiência desta atual participação em realmente representar as necessidades e vontades da população, configurando um canal de legitimação das vontades do executivo municipal e de cooptação dos movimentos sociais. Nesse caso, a organização popular, fator primordial de transformação na saúde, fica atrelada à vontade de quem se encontra na condução do executivo municipal.

Neste sentido, em relação a nossa pesquisa que procurou investigar o discurso democrático e a prática participativa implementada pelo governo municipal de Ipatinga, visto que se trata de um município que vem sendo governado há dezesseis anos pelo Partido dos Trabalhadores e que os Conselhos constituíram-se em canais de institucionalização de uma nova maneira de fazer política, colocando a participação popular como eixo principal de tomada das decisões em contraposição às formas autoritárias, já poderíamos antecipar uma resposta aos questionamentos

que motivaram este trabalho. Ou seja, os movimentos sociais que participaram e contribuíram na construção de uma nova relação Estado/sociedade civil através do Conselho Municipal de Saúde e das Comissões Locais de Saúde, inicialmente, conseguiram atingir seus objetivos, formulando e direcionando a Política de Saúde do município. Isto demonstra, uma ruptura com o modelo político tradicional, que não considerava a vontade da população. Porém, hoje, conforme verificamos nas Atas do Conselho, nas reuniões que participamos e nas entrevistas, estes canais institucionalizados de participação têm se caracterizado mais pela informação e pela busca do consentimento, permitindo a participação apenas nos limites formais, não desenvolvendo o papel que lhe cabe num governo democrático.

Os representantes dos usuários e trabalhadores revelaram-se ausentes no exercício de elaborar e planejar políticas de saúde, pois os programas de saúde, financiamento, orçamento já chegam prontos ao Conselho Municipal de saúde. Desta forma, o Conselho Municipal de saúde só os legitima, cumprindo uma formalidade. Acentuando assim, a política dos técnicos sobre a política dos cidadãos.

Elaborar tecnicamente um programa de saúde é função da secretaria Municipal de Saúde, mas eleger as prioridades para o planejamento é função política e deve ser realizado em parceria com os colegiados, onde cada segmento tem seus interesses imediatos: esta articulação é fundamental para construção democrática de um projeto político para a saúde.

O processo de escolha dos conselheiros ocorre de maneiras distintas, desde eleição direta, consenso na indicação até uma definição forçada, sendo que, na maioria das vezes, há uma total ausência de envolvimento dos respectivos segmentos, na escolha de seus representantes. O que denota que a maioria dos

conselheiros não possui representatividade, pois não foram escolhidos em um processo democrático livre, sem manobras. Diante disto, o membro do conselho representa a si próprio, cada um defendendo o seu interesse individual ou, no máximo, o do seu bairro, o que demonstra o não entendimento do seu papel, que seria o de lutar pela Política Pública de Saúde do município, com o objetivo de atender de maneira igualitária a população total.

Em relação ao “envolvimento” dos conselheiros com as suas bases ou segmentos, prevalece uma falta de ligação com as mesmas. Os processos existentes são insuficientes e resultam numa ausência de participação de baixo para cima na formulação das políticas públicas.

Em síntese, o Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga constitui um espaço de participação e de controle social mas fica longe dos preceitos da participação idealizada pela Reforma Sanitária Brasileira, que presume uma população capaz de apossar-se desses canais de participação e de influenciar de maneira democrática as decisões referentes às políticas de saúde.

Verificamos que há um esvaziamento do debate político no Conselho, as reuniões passaram ser mais informativas, reclamatórias, tratando de problemas pontuais, individualizados. Quando ocorre alguma polêmica, o assunto é adiado para uma próxima reunião. As propostas, apresentadas pelo executivo são aprovadas na maioria das vezes de maneira unânime, sem muita discussão, e quando ocorre algum debate, sempre tem um discurso que se vale de uma explicação apoiada em jargão técnico-administrativo da área da saúde.

Diante de tudo que foi exposto, verificamos que, hoje, o processo de participação popular do setor saúde, em Ipatinga, ocorre exclusivamente nesses canais institucionalizados – Comissões Locais de Saúde, Conselho Municipal de

Saúde, Pré-Conferências e Conferência Municipal de Saúde – e é percebido mais como uma concessão do governo do que como direito de cidadania, afastando-se do modelo teórico adotado nesse trabalho, segundo o qual as decisões políticas são definidas a partir do processo de diálogo, reflexão e negociação entre os atores sociais, na busca de um entendimento, por meio do qual garantem o alcance das aspirações comuns e dos interesses coletivos dos cidadãos.

Contudo, não será exagero afirmar que todo esse processo de participação desenvolvido durante a gestão do Partido dos Trabalhadores constituiu, para a população do município, senão a primeira, a sua mais abrangente experiência de movimento em direção à defesa dos interesses públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 63-73, jan./abr. 2003.

ANDREWS, C. W. A ética do discurso e o modelo dos consensos democráticos: uma réplica a J. Eisenberg. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1-15, 2002.

BARROS, E. D. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: ABRASCO. **Incentivo à participação popular e controle social em saúde: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994. p. 29-37.

_____. Os conselhos de saúde e a responsabilidade cidadã. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 18-19, 1998.

BODSTEIN, R. C. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde: saúde como direito**. Brasília. 1986.

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

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1993.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org). **Política Social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 43-66.

CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. **Política e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1983. v. 1.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 23-25, 1998.

CARVALHO, I. G.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90). 3 ed. Campinas. São Paulo: Unicamp, 2002.

CAVALCANTE, R. ; BITTENCOURT, M. Cidades emergentes: PT à mineira. **Revista Cidades**, Ipatinga, Ano 4, n. 23, 1998.

CHICO FERRAMENTA, F. C. D. Do sonho à realidade. **Revista informativa da Prefeitura do Município de Ipatinga**. Ipatinga, p. 16-18, jun. 2004.

CONH, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8(1), p. 9-18, 2003.

COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviço de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, n. 38, p. 90-93, 1993.

CORDEIRO, H. **A reforma sanitária II**. Propostas do presidente do INAMPS. Brasília: INAMPS, 1987.

CORDONI JÚNIOR, L. Participação social em saúde: a experiência do Paraná., **Anais da VIII CNS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 307-311, 1986.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CORTES, S. M. V. Fóruns participatórios na área de saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em debate**, Londrina, n. 49/50, p. 73-79, mar. 1996(a)

_____. As origens da idéia de participação na área de saúde. **Saúde em debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, jun. 1996(b).

_____. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 5-17, 1998(a).

_____. Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 33-35, 1998(b).

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

COTTA, M. I. il concetto de partecipazione política: linee di un inquadramento teórico. *Revista Italiana de Scienza Política*. Roma, n. 9, p. 193-227. Apud. TEIXEIRA, E.C. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CUNHA, J. P. P.; COUTINHO, I. S.; MACHADO, J. A. No meio do caminho havia uma pedra. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.14-18, 1994.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DAHL, R. A. **La Democracia y sus Criticos**. 2. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

DALLARI, S. G. A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde. In: ABRASCO. **Incentivo à participação popular e controle social em saúde: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994. p. 18-28.

DAL POZ, M. R.; PINHEIRO, R. A participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 28-30, 1998.

FERREIRA, R. M. **Individuação e socialização em Jürgen Habermas**: um estudo sobre a formação discursiva da vontade. São Paulo: Annablume; Belo Horizonte: Unicentro Newton Paiva, 2000.

FLEURY, S. M. T. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Anais da VIII CNS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 91-112, 1986.

_____. Descentralização dos serviços de saúde. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: IX CNS, p. 27-37, 1992.

_____. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

_____. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. M. T. (Org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

_____. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

HABERMAS, J. Participação política. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. **Política e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1983. v. 1. p. 375-402.

_____. **Teoria de La Acción Comunicativa**. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Taurus, 1987a. v. 1.

_____. **Teoria de La Acción Comunicativa**. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Taurus, 1987b. v. 2.

_____.¿ Que significa pragmática universal?. In: HABERMAS, J. **Teoria de la Accion Comunicativa: complementos y estudios previos**. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Cátedra, 1989(a). p. 299-368.

_____.**Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.1989(b).

_____. **Pensamento pós – metafísico**, estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1990.

_____.**Direito e democracia: entre a facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v. I. II.

_____. **A Inclusão do Outro**. Estudos de Teoria Política. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

_____.**Verdade e justificação: ensaios filosóficos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HERRERO, F.X. Socialidade humana e democracia. **Síntese**. Belo Horizonte, v. 18, n. 55, p. 619-41, out./dez. 1991.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento da 1ª Conferência de Saúde**. Ipatinga, 1990a.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da I Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1990b.

IPATINGA. **Lei nº 1.163, de 07 de janeiro de 1991**. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Ipatinga, 1991(a).

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da II Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1991(b).

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Estatuto das Comissões Locais de Saúde**. Ipatinga, 1992(a).

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da III Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1992(b).

IPATINGA. **Decreto nº 3.067 de 12/08/93**. Dispõe sobre a regulamentação do Fundo Municipal de Saúde e da outras providências, conforme art.20 da Lei nº 1.242, de 03/12/92. Ipatinga, 1993(a)

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1993(b).

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da V Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1994.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da VI Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1995.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da VII Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1996.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1997.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da IX Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 1998.

IPATINGA. **Emenda nº 05 ao texto da Lei Orgânica do Município de Ipatinga**. Ipatinga, 1999.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da X Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 2000.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da XI Conferência Municipal de Saúde**. Ipatinga, 2002.

IPATINGA. **Revista informativa da Prefeitura do Município de Ipatinga**. Ipatinga, jun. 2004.

JACOBI, P. Descentralização municipal e a participação dos cidadãos: apontamento para o debate. **Cadernos da Nona Conferência de Saúde**. Brasília: IX CNS, v. 1, p. 113-20, 1992.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, J. C. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 29-39, set./dez. 2001.

LUCCHESI, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil**: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. Rio de Janeiro: ENESP, 1995. p. 75-156.

MACHADO, F. A. Participação social em saúde. **Anais da VIII CNS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 299-305, 1986.

MELO, E. M. **Fundamentos para uma proposta democrática de saúde**: a teoria da Ação Comunicativa de Habermas. 1999. 240f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo

_____. Ação Comunicativa, Democracia e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 2005. No prelo.

MENDES, E. V. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: **Anais VIII CNS** Brasília: Ministério da Saúde, p. 265-297, 1986.

_____. (Org) **Distrito sanitário**; o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org) **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MULLER NETO, J. S. Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e seus atores. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: IX CNS, v. 1, p. 43-59, 1992.

O'DWYER, G. C.; MOYSÉS, N. M. N. Conselhos Municipais de Saúde: o direito da participação da sociedade civil? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 26-27, 1998.

OLIVEIRA, N. G. **Cultura política como determinante histórico da participação social: O Conselho de Saúde de Ipatinga – MG**. 2003. 170f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de pós graduação em serviço social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, W. R. **Vale do Aço 2000**: um século de história. Ipatinga: Diário do Aço 1999.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1986.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(4), p. 741-748, 1997.

PEREIRA, M. C. **O massacre de Ipatinga**. 1984 (mimeo)

RIGOTTO, R. M. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, III(1), p. 116-129, 1998.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. O papel ético da descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 93-96, jul. 2003.

RUEDA, I. **Homens em série**: a história de Ipatinga contada por seus próprios personagens. Ipatinga: Prefeitura Municipal de Ipatinga, 1992.

SCHUMACHER, A. A. Sobre, moral, direito e democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 61, p. 1-17, 2004.

SCHWARTZ, M. & SCHWARTZ, C.G. Problems in participant observation. *American Journal of Sociology* 60 January: 343-353. 1955. Apud MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

SILBERSCHENEIDER, W. **Democracia e participação política: o partido dos trabalhadores e o conselho municipal de orçamento na administração Chico Ferramenta (1989-1992)**. 1993. 265f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, G. G. A.; EGYDIO, M. V. R. M.; SOUZA, M. C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 37-42, set./dez. 1999.

SINTSERP. **Informativo oficial**: Sindicato dos Trabalhadores Público Municipal de Ipatinga. Ano III, n. 25, nov. 2001.

TANCREDO, M. A. A . **A realidade da participação popular na unidade de saúde Vila Celeste da Prefeitura Municipal de Ipatinga**. 1997. 67f. Monografia (Especialização em Enfermagem de Saúde Pública). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa – ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

TOURAINÉ, A. **Poderemos Viver Juntos?** Iguais e Diferentes. Petrópolis: Vozes, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (sup. 2), p. 7-18, 1998(a).

_____. Comentários a Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 31-32, 1998(b).

VANDERLEI, M. I. G.; WITT, R. R. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 131-137, 2003.

VIANA, A. L. A. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. III, p. 20-22, 1998.

VIANA, A. L. A. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 18(suplemento): p. 139 -151, 2002.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

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

ANEXO

ANEXO A – Roteiro da entrevista para gestores

1) Na sua opinião o que é participação popular?

- Como ela ocorre no setor saúde?
- Comparando com as administrações anteriores esta prática participativa implementada em 1989 mudou? Por que?

2) Na sua opinião como são definidas as prioridades da saúde? Estes critérios são os mesmos das administrações anteriores ou mudaram? Por que?

3) Na sua opinião de que maneira a comunidade pode influenciar na formulação das políticas de saúde?

- Estes canais são os mesmos utilizados nas administrações anteriores ou mudaram? Por que?

4) Na sua opinião, na definição das políticas públicas de saúde do município o que é levado em conta?

- O que você leva em consideração para julgar o que é mais relevante e aprovar?
- Os critérios utilizados para definir tais políticas são os mesmos ou mudaram? Por que?

5) O que você acha do Conselho Municipal de Saúde e Comissão Local de Saúde?

- Na sua opinião qual a real participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração, execução e fiscalização das políticas de saúde?
- Quais os critérios você utiliza para homologar as decisões do Conselho Municipal de Saúde?

6) Além do Conselho Municipal de Saúde que outras instâncias você ouve para tomar suas decisões? Por que?

- Desses todos procedimentos de participação popular qual você ouve mais na prática? Por que?

7) Na sua opinião como é a participação dos diferentes segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde.

- Eles contribuem para definição das políticas de saúde? Como?
- Você acha que alguma dessas categoria tem maior peso, influência? Por que?
- Como você acha que são escolhidos os conselheiros?
- Na sua opinião como ocorre a comunicação entre representantes e representados?

8) Além do Conselho Municipal de Saúde existem outros setores que interferem nas decisões de políticas públicas de saúde? Quais? Como interferem?

9) Qual a sua avaliação da saúde do município? Se comparar com as outras administrações, quais os pontos você destacaria?

10) Como você avalia a continuidade da administração e as políticas públicas de saúde?

ANEXO B – Roteiro da entrevista para usuários e trabalhadores

1) Na sua opinião o que é participação popular?

- Como ela ocorre no setor saúde?
- Comparando com as administrações anteriores esta prática participativa implementada em 1989 mudou? Por que?

2) Na sua opinião como são definidas as prioridades da saúde? Estes critérios são os mesmos das administrações anteriores ou mudaram? Por que?

3) Na sua opinião de que maneira a comunidade pode influenciar na formulação das políticas de saúde?

- Estes canais são os mesmos utilizados nas administrações anteriores ou mudaram? Por que?

4) Na sua opinião, na definição das políticas públicas de saúde do município o que é levado em conta?

- O que você acha que o gestor leva em consideração para julgar o que é mais relevante e aprovar?
- Os critérios utilizados para definir tais políticas são os mesmos ou mudaram? Por que?

5) O que você acha do Conselho Municipal de Saúde e Comissão Local de Saúde?

- Na sua opinião qual a real participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração, execução e fiscalização das políticas de saúde?
- Na sua opinião quais os critérios que o gestor utiliza para homologar as decisões do Conselho Municipal de Saúde?

6) Além do Conselho Municipal de Saúde que outras instâncias você acha que o gestor ouve para tomar as decisões? Por que?

- Desses todos procedimentos de participação popular qual você acha que o gestor ouve mais na prática? Por que?

7) Na sua opinião como é a participação dos diferentes segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde.

- Eles contribuem para definição das políticas de saúde? Como?
- Você acha que alguma dessas categoria tem maior peso, influência? Por que?
- Como você acha que são escolhidos os conselheiros?
- Na sua opinião como ocorre a comunicação entre representantes e representados?

8) Além do Conselho Municipal de Saúde existem outros setores que interferem nas decisões de políticas públicas de saúde? Quais? Como interferem?

9) Qual a sua avaliação da saúde do município? Se comparar com as outras administrações, quais os pontos você destacaria?

10) Como você avalia a continuidade da administração e as políticas públicas de saúde?

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa para o curso de pós-graduação, nível mestrado, da Faculdade de Medicina da UFMG.

A pesquisa tem como tema “**Saúde é Democracia? Experiência da Participação Popular no Município de Ipatinga**” e objetiva investigar a influência dos vários atores sociais sobre a formulação das políticas públicas de saúde do município de Ipatinga, a partir da percepção desses atores e observação da sua atuação.

Dessa forma, solicitamos a sua participação, concedendo-nos uma entrevista, o que nos possibilitará as informações necessárias para a consecução da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante. Suas informações e opiniões serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Toda informação obtida nesta entrevista é considerada CONFIDENCIAL, sendo garantida a possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Agradeço sua colaboração, solicitando ainda o seu DE ACORDO neste documento.

Atenciosamente,

Elizabeth da Costa Batista

Telefone do Pesquisador: (0xx31) 3824. 6565

Endereço do Pesquisador: Rua Itajubá, 204 Centro Ipatinga – MG.

Telefone do Comitê de Ética: (0xx31) 3248 – 9364

.....

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro estar ciente das informações fornecidas pelos pesquisadores, a mestrandia Elizabeth da Costa Batista e sua orientadora Prof^a. Dr.^a. Elza Machado de Melo quanto à proposta de estudo a ser desenvolvida junto aos vários atores sociais, responsáveis pela formulação das políticas públicas de saúde, no município de Ipatinga – MG, sobre a temática “Saúde é Democracia? Experiência da participação Popular nos Município de Ipatinga”.

Após análise dos objetivos, justificativa e procedimentos metodológicos, concordo livremente em ser participante da pesquisa, recebendo a pesquisadora em dia e hora programados para o acompanhamento de meu trabalho, e permito que sejam tomadas notas nesta ocasião.

Aceito ser entrevistado e que a entrevista possa ser gravada e transcrita. Permito a utilização para a pesquisa das informações obtidas durante esses procedimentos.

Estou ciente de que será vedada a utilização desse material para avaliação de desempenho institucional.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____