

# DESAFIOS E CONTRADIÇÕES COMUNICACIONAIS NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Valdir de Castro Oliveira

Não obstante terem sido criados em um contexto em que todo avanço da participação popular seria um ganho para a sociedade civil, hoje a prática dos conselhos de saúde, em nível municipal, merece uma avaliação mais crítica e capaz de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público<sup>1</sup> e a participação popular no SUS, tendo como enfoque a questão da comunicação social.

Acreditamos que inúmeros obstáculos têm dificultado o cumprimento das funções dos conselhos, transformando-os, em muitos casos, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação. Gilson Carvalho, por exemplo, observa que a prática dos conselhos de saúde tem sido usada “apenas como pró-forma e como vitrine de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia!” (CARVALHO, s/d).

---

<sup>1</sup> Preferimos usar aqui a expressão “controle público” a usar a expressão “controle social”, pois esta última é tributária de conceitos originários da Psicologia e da Sociologia voltados para explicar o controle da sociedade sobre os indivíduos. Segundo Antônio Ivo de Carvalho, controle social é um termo que serve para designar os processos de influência do coletivo sobre o individual, mas que na idéia da reforma sanitária foi alterado, visando a significar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado, com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado, os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas décadas de 70 e 80 (CARVALHO, 1997). Ademais, consideramos que a expressão controle público também expressa melhor a idéia de *accountability* na área de saúde e presente nos conselhos, conforme discutiremos ao longo deste trabalho.

A partir dessa constatação Carvalho faz três perguntas:

[a] até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos conselhos estão cuidando das coisas essenciais ou são simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes; [b] Quais os conselhos que realmente trabalham em cima das suas duas únicas missões constitucionais: cuidar do plano (o que deve ser feito) e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (se foi feito e o que devia ser feito)? e [c] Até que ponto, o não mexer no essencial, é muito bom para os governantes? A aparência é de democracia, participação. A prática pode ser de simulacro disto mesmo.<sup>2</sup>

Mas essas indagações feitas por Gilson Carvalho não são isoladas. É crescente o número de estudiosos ou de pessoas engajadas com a idéia do controle público ou social que acreditam nos princípios que nortearam a criação dos conselhos, que avaliam criticamente o seu funcionamento, como Antônio Ivo de Carvalho, segundo o qual:

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o país são lembrados positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que “pegaram”. Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária oscilando entre dois extremos em que, por um lado, são tratados como heróicos guardiães do SUS e, de outro lado, como construções fúteis de escassa potência política. (CARVALHO, 1997, p. 94)

Segundo ainda Ivo de Carvalho, os conselhos hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambigüidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento?

---

<sup>2</sup> As citações de Gilson Carvalho foram baseados no texto “Conselho de saúde, hoje e sempre, sem complicação” (s/d), que encontramos na internet, embora não tenhamos logrado obter a data e a fonte de sua publicação. Apesar disso, optamos por citá-lo pela relevância que julgamos ter para uma discussão crítica sobre os conselhos de saúde.

Embora subestimados ou superestimados por uns e outros, todos aceitam que o papel dos conselhos é o de funcionar (bem ou mal) como arenas decisórias capazes de sustentar a idéia de que é possível a intervenção da sociedade nas políticas públicas da saúde. A sociedade organizada e representada nos conselhos teria como finalidade direcionar, corrigir ou reformular tais políticas a favor dos interesses populares e/ou públicos.

Entretanto, não é difícil constatar que, na prática cotidiana dos conselhos, encontraremos inúmeras variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados.<sup>3</sup>

Sintetizamos aqui, em duas hipóteses, algumas dessas variáveis que inibem, dificultam ou atrofiam as ações dos conselhos:

- (a) as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade reproduzem-se no interior dos conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público;
- (b) sem um melhor entendimento sobre as questões inerentes à hipótese (a) e sem entender claramente o impacto que elas têm na dimensão cognitiva e comunicacional no cotidiano dos conselhos e respectivos conselheiros, dificilmente conseguiremos entender as razões que travam o funcionamento dos conselhos.

São essas duas hipóteses que discutiremos ao longo deste trabalho.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> As principais funções do conselho são: a) atuar de forma independente, embora integrada, da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde); b) exercer as funções de fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); c) definir as políticas e as prioridades de saúde; d) avaliar e deliberar sobre plano de saúde e convênios (função deliberativa); e) avaliar ou opinar sobre outras questões da saúde (função consultiva).

<sup>4</sup> Interessa-nos, no escopo deste trabalho, analisar tão somente a prática dos conselhos municipais de saúde, descartando os conselhos estaduais e o Conselho Nacional de Saúde, por não termos dados suficientes sobre o que neles ocorre e pelas particularidades que os diferenciam dos primeiros. Dentro dos conselhos municipais, tecemos algumas considerações, levando-se em conta tanto a nossa experiência como conselheiro quanto as pesquisas e observações de campo realizadas em dezenas de conselhos municipais de saúde no Estado de Minas Gerais.

## Alguns princípios teóricos do controle público

Retomando a gênese dos conselhos, lembramos que a idéia de controle público neles embutida foi cantada em prosa e verso na década de 90, quando emergiam em todo o Brasil os primeiros conselhos de saúde. De maneira ufanista, atribuiu-se a eles e a suas respectivas representações o poder de regenerar o sistema de saúde, democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos do cidadão e, principalmente, ser capaz de interferir positivamente nas políticas públicas de saúde e ser uma forma de controle da sociedade sobre o Estado através da participação popular.

Esse tom ufanista não era gratuito. Deixando para trás o regime militar, o início da década de 90 era um reflexo claro dos ideais democráticos contidos na Constituição Federal e um espaço de efervescência dos movimentos sociais que surgiam por todos os lados, reivindicando direitos ou tentando influir no cenário político e social. Nesse aspecto a criação dos conselhos significou um esforço e um avanço extraordinários em relação à participação popular e ao controle público no Brasil, pois faziam (e fazem) partes da idéia de inverter o paradigma de subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade, submetendo-o aos seus ditames no campo político da saúde. Essa inversão vai ser reiterada nos documentos legais constitutivos dos conselhos de saúde e em todos os relatórios das conferências nacional, estaduais e municipais de saúde realizadas desde então. Era o controle público na saúde, com participação popular, que surgia no cenário de democratização do país.

O controle público através dos conselhos de saúde pode ser localizado a partir do fenômeno político denominado *accountability*<sup>5</sup>, que pode ser

---

<sup>5</sup> Segundo Eduardo Monteiro Martins, do ponto de vista do Estado, o “Accountability corresponde à capacidade do Estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais” (MONTEIRO, E. M. Rádios comunitárias e accountability societal. Trabalho apresentado no Mestrado de Sociologia da UFMG na disciplina de “Sociedade Civil e Accountability”, ministrada pelo Prof. Enrique Peruzzotti. Outubro de 2000. Texto fotocopiado). No entanto, assinala que essa relação entre governante e governado,

explicado como parte constitutiva do espaço político em que um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam.

Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*.

No entanto, se o *accountability*, como um princípio político-administrativo, integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, no Brasil ele ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições e sociedade. Sendo o contexto desfavorável, os atos de cobrança sobre a responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito, como enfatiza Anna Maria Campos, da qualidade das “relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que o “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability*” (apud HALLIDAY, 1994, p. 103).

Mas quem promove o *accountability*? Sendo um processo de controle público sobre os governos (embora as instituições da sociedade civil sejam também cada vez mais instadas a ele se submeterem), quem o promove

---

ou entre o Estado e a sociedade civil, não pode ficar no mesmo nível dos *accounts* que ocorrem nos processos interacionais da vida cotidiana em que as respostas às indagações e dúvidas (desculpas e justificações) dos cidadãos seriam reduzidas a um jogo formal de pergunta e resposta (*feedback*). Ao contrário disso, o *accountability* deve ser entendido como um processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas e, simultaneamente, interferir na condução e definição das políticas públicas, enfatizando assim a dimensão participativa do SUS.

são diferentes constelações de atores sociais, que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião pública, etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para esse mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas, a figura do *ombudsman*, constituindo o chamado *accountability agencies*, entre dezenas de outros exemplos que aqui poderiam ser invocados.

Assim, podemos entender a expressão *accountability* como sendo um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Com isso torna-se possível que determinados atores ou instituições respondam e dêem transparência a seus atos ou sobre a qualidade de seus produtos e serviços. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública.

Se os conselhos de saúde devem discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, eles podem muito bem, como acentua Ivo de Carvalho, cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental, fazendo com que os governos estejam “à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos” tendo em vista a agenda setorial que desenvolvem e a partir do choque e convergências dos grupos de interesse, produzindo um campo de definições do interesse público (CARVALHO, 1997, p. 106).

## O jogo do poder nos conselhos

Mas para a concretização dos ideais do controle público no âmbito dos conselhos de saúde, eles dependem da maneira como ali funcionam os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários, o que envolve a idéia de poder e comunicação.

Por exemplo, muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos porque estes estão previstos institucionalmente. Na prática são refratários a essa forma de controle e, em consequência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Já outros argumentam que os conselhos são instâncias inócuas para melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde porque costumam ser transformados em instâncias de conflitos, de impasses político-partidários ou servindo como trampolim político para muitos de seus membros, deixando em plano secundário as reais necessidades de discussão e decisão sobre as questões de saúde.

Em consequência, avaliam que os conselhos deveriam ser apenas instâncias homologatórias das decisões do gestor (a instância entendida como sendo tecnicamente preparada para promover o bem comum) ou, no máximo, como instância corretiva das ações por ele desencadeadas (*feedback*), atendendo assim muito mais à formalidade legal do sistema do que propondo formas de alteração nas relações de poder entre governo e sociedade.

De outro lado, como uma instância de poder, os conselhos tornam-se, freqüentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos transformam-se em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde. Ademais, os militantes partidários, por serem mais bem preparados, discursivamente, dominam o ambiente e fazem calar vozes dos não militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados discursivamente, principalmente nas cidades do interior, onde se situa a maioria dos conselhos: “Viramos o salame do sanduíche”, expressão de um conselheiro-usuário, não militante partidário, para se referir à feroz disputa dos partidos travada no conselho a que pertence.

Se o partido é de oposição, a guerra contra o gestor torna-se insuportável e, se é de situação, nada é criticamente discutido. É uma verdadeira guerra de posições, bem ao estilo gramsciano, com graves consequências para a

idéia de controle público. A experiência mostra-nos que, quanto mais um conselho é partidarizado, menos ele atua na dimensão do controle público.<sup>6</sup>

Um outro problema que surge é quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública.

Já os trabalhadores que se insurgem contra o gestor sentem o peso do poder através de retaliações diretas ou indiretas (não promoção, suspensão, transferência de setor) ou, ao contrário, quando se alinham ao gestor, são recompensados. Em um caso ou outro fica evidente a atrofia comunicacional provocada no conselho.

Também não é incomum cidadãos buscarem ser eleitos conselheiros com o claro objetivo de usar o conselho como trampolim para disputar cargos eletivos, deixando os interesses da saúde em segundo plano.

Acompanhando esses problemas, constata-se também o baixo número de renovação de conselheiros. Passa-se de uma legislatura para outra com poucas renovações, sendo que alguns conselheiros se perpetuam no cargo, impedindo o surgimento de novas lideranças. Se, por um lado, isso pode ser positivo, pois são conselheiros com maior experiência, por outro lado, isso é negativo por dificultar a renovação e manter inalteradas as práticas discursivas do conselho. Se o conselho vai bem, tudo continua como está, mas se vai mal, dificilmente o conselheiro reeleito aceita mudanças nas regras do jogo às quais está acostumado.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Julgamos que a participação de militantes partidários não deve ser considerada como algo negativo, pelo contrário. Eles muito podem ajudar qualquer conselho e contribuir para melhorar a participação dos outros representantes. No entanto, a crítica refere-se a eles quando atuam em bloco com base no interesse político-partidário e desconsideram que se transformam em mais uma fonte vertical de poder nos conselhos, com objetivos outros que não o interesse público na saúde.

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

Mas a dificuldade mais grave que encontramos para o funcionamento dos conselhos está relacionada com a assimetria das lógicas simbólicas presentes nos fluxos comunicacionais e informacionais, o que nos faz retomar aqui a hipótese (a) (“As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público”).

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

Sendo as relações simbólicas e sociais assimétricas, a compreensão, o peso e o entendimento das questões colocadas em questão nos conselhos são diferentemente interpretadas por cada segmento ou conselheiro. A participação de cada um é proporcional a apenas aquilo que se coloca dentro do seu horizonte social de entendimento, ou seja, dos marcos cognitivos que delimitam e facilitam o nosso entendimento do mundo e das coisas e que nos permitem interpretar e codificar as mensagens sociais em termos individuais ou coletivos.

Por exemplo, a própria idéia de controle público (ou controle social, como se referem os conselheiros e muitos documentos do SUS) faz parte de uma lógica conceitual abstrata (no bom sentido), que é interpretada diferentemente por cada segmento ou indivíduo dentro dos conselhos, demandando

---

deles uma familiaridade com a idéia de ética e de política pública. Aqueles que detêm maior competência cognitiva e simbólica entendem com mais clareza esse conceito, mas outros nem sempre, pelo fato de que é um conceito ainda não perfeitamente integrado ao escopo das ações sociais da sociedade brasileira. Da mesma forma que o *accountability*, não pela palavra, mas pelo tipo de ação política que representa e com pouca tradição em nossa experiência coletiva.

Mas também as assimetrias cognitivas e simbólicas podem ser provocadas pela difusão equivocada do conceito de controle público. Por exemplo, em muitos cursos de capacitação ou formação de conselheiros que presenciamos, era enfatizada a função fiscalizatória em detrimento da formação cidadã, mais voltada para a ética pública e as contrapartidas para o seu exercício, requisito fundamental para a atuação do conselheiro de qualquer segmento. Sem isso, exacerbava-se o papel de “cão de guarda” do conselheiro em relação ao sistema de saúde, em detrimento de uma formação que permitisse a ele intervir de forma eficaz e cidadã nos debates, na construção de consensos democráticos, e servir de caixa de ressonância dos interesses comunitários e públicos, além do trabalho de fiscalizar.

Se por um lado essa exacerbação do papel de vigilante do sistema de saúde por parte do conselheiro foi positiva, porque significou uma forma de equilíbrio do poder (poder e contrapoder), por outro lado, não raras vezes, ela reduziu a sua responsabilidade, criando a ilusão de que a fiscalização era o próprio controle público e não apenas uma parte dele, favorecendo o proselitismo participatório.

Em conseqüência, as dimensões fiscalizatórias transformam-se em obsessão com o controle burocrático e administrativo das secretarias de saúde, envolvendo, principalmente, o atendimento à saúde (o médico que atrasou, a falta de medicamentos, a carência nos transportes, etc.) e negligenciando as macroquestões ou questões essenciais das políticas públicas, como os diagnósticos e as carências de saúde, assim como os debates sobre os planos, programas e prioridades da área e os resultados obtidos. Igualmente,

os ricos relatórios gerados nas conferências de saúde são negligenciados e nem sempre adequadamente analisados como uma das fontes para o estabelecimento de prioridades no planejamento da saúde e para a própria pauta do conselho.

O destino desses relatórios costuma ser as gavetas da administração e, na conferência seguinte, discute-se quase que as mesmas coisas, detectando os mesmos problemas, em um ciclo de inércia que pouco afeta a política de saúde verticalmente definida pelo gestor.

Diante dessas situações, no caso dos usuários, comunicação entre os representantes populares e a população que os elegeu torna-se cada vez mais atrofiada. A população, quando quer reclamar ou sugerir alguma coisa para a saúde, vai direto ao prefeito, ao secretário, à polícia ou à promotoria de saúde, mas, muito raramente, vai ao conselho, porque a interação conselho-sociedade é demasiadamente fraca ou inexistente devido aos poucos canais de comunicação utilizados para essa finalidade.

Mas por que isso ocorre? Além de uma formação equivocada, que já mencionamos (que hoje nos parece estar sendo revista), a inoperância dos conselhos tem a ver também com a lógica simbólica que preside a ação social dos conselheiros. A idéia de controle público é mais inteligível para a maioria dos conselheiros quando se trata da perspectiva da vigilância concreta de casos que ela compreende, como o caso do médico que chegou atrasado, o funcionário que maltratou o paciente, a obra paralisada do posto de saúde do bairro, a falta ou precariedade dos transportes, a ambulância que não pegou o paciente, e assim sucessivamente.

Mas quando se trata, por exemplo, de discutir e de definir, debater e aprovar o plano municipal de saúde, de definir prioridades na saúde pública e na aplicação dos recursos financeiros ou apreciar balanços financeiros, a palavra é a do gestor, e a maioria do conselho, em geral, fica muda. E aqui fica evidente a assimetria simbólica que permeia os segmentos e os membros dos conselhos, pois a lógica abstrata e conceitual presente em documentos ou em atos discursivos sobre macroaspectos ou aspectos essenciais

da saúde fogem da lógica simbólica dos conselheiros, principalmente dos representantes populares.<sup>8</sup>

## Comunicação e poder

As questões anteriormente levantadas não dizem respeito apenas à pouca clareza discursiva entre os membros e os segmentos presentes nos conselhos, como imaginariam os pedagogos da comunicação. É que o controle público pressupõe uma sociedade democrática e uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais, mas no caso do Brasil tais condições ainda não estão dadas. Nem todos têm acesso facilmente aos bens simbólicos que podem, potencialmente, distribuir melhor não apenas os bens materiais, mas, fundamentalmente, o próprio poder na sociedade, fazendo com que as interações nos conselhos sejam mais simétricas que assimétricas. Com isso, elas transformam-se em poderosas variáveis que impedem ou dificultam os processos comunicacionais, a participação popular e o exercício do controle público.

O pressuposto que sustenta essa observação é a crença de que as assimetrias cognitivas e simbólicas impedem que a convergência da comunicação e informação seja adequadamente direcionada para os princípios éticos e democráticos do controle público. A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente, produzir o compartilhamento de sentidos, fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido e comentado por todos (ARENDRT, 1993).

Por essa razão, o poder inerente ao controle público não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, de práticas discursivas, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos, o que enseja a emergência de núcleos de poder cujas feições possam

---

<sup>8</sup> Para evitar esse tipo de constrangimento, alguns conselheiros buscam assessoria de outros conselheiros ou especialistas que podem ajudar a decodificar os documentos originários do gestor.

ser de verticalidade ou de horizontalidade, o que vai depender de como essas variáveis sejam apreendidas e colocadas em prática nos conselhos.

E vale acentuar que o poder e/ou a característica de um dado discurso está diretamente vinculado à localização social dos interlocutores e de acordo com as competências culturais, simbólicas e políticas de que são portadores. Essas variáveis estabelecem e explicitam o elo entre a ação, o significado da ação e as relações sociais, gerando o que Paulo Freire chama de *práxis*.

No entanto, Freire lembra que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação” (FREIRE, 1971, p. 68).

Ora, impossibilitada a comunicação (em função das assimetrias), predomina na arena dos conselhos uma situação de permanente incomunicação, fazendo com que a reciprocidade de atos e palavras tenha pouca consistência na determinação das políticas de saúde, fazendo prevalecer verticalmente algumas vozes como instância de poder em detrimento de outras.

## O jogo da comunicação

Como já dissemos, o exercício do controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade). No entanto, o processo comunicacional tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas.

Sendo assim, o que impede que esse processo comunicacional ocorra no contexto dos conselhos municipais de saúde?

Porque ele depende muito do poder e da posse do manejo de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos que direcionam a ação social em curso. Assim, por exemplo, quando os indivíduos entram em uma relação de conflito, essas variáveis aparecem de maneira mais cristalina, assim como as evidências de que alguns têm mais recursos que os outros, inclusive para alterar, substantivamente, determinadas situações.<sup>9</sup>

Essa questão pode ser observada, por exemplo, através da dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro-usuário. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distintivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem), que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde.

Em relação aos conselheiros dos outros segmentos, podemos dizer que a representação ocorre de maneira diferenciada. Por exemplo, o representante do corpo médico fala por uma categoria específica, cujos contornos simbólicos e técnicos são perfeitamente visíveis e legitimados no plano social, isto é, suas expectativas e formas de atuação são delimitadas por uma atividade clara e hierárquica de poder a respeito das questões da saúde, e

---

<sup>9</sup> Para alterar esse quadro, alguns estudiosos e militantes da participação popular buscam no termo “empoderamento” inspiração para promover o deslocamento do poder de regiões verticais para regiões horizontais, possibilitando que segmentos ou grupos sociais desprovidos de capacidade de intervenção possam intervir de maneira mais concreta e eficaz na cena pública. O conceito de empoderamento vem do termo inglês *empowerment*, que pode ser interpretado como equivalente a dar poder ou reconfigurar o poder entre diferentes atores sociais. Utilizado junto com o conceito de participação, significa, além da idéia de tomar parte, interferir, criar ou mudar as condições e as formas da participação. Nesse sentido, o conceito de empoderamento pode ser entendido como estando mais próximo do conceito de comunicação do que do de informação, pois ele aponta para as relações de poder, a expansão e a alteridade. Segundo Tomaz Martins Júnior (*apud* VILANOVA, C. R. C. *Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde*. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Comunicação e Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004, p. 24): “Trata-se de um processo de reconhecimento do poder existente, ainda não exercido, mas disseminado na estrutura social que não escapa a nada e a ninguém. Se o poder é um elemento da sociedade, apoderamento, ad-apoderamento’, significa ‘trazer o poder mais próximo de si”.

que são corporativamente compartilhadas por seus pares e pela sociedade. No caso dos prestadores de serviços, a representação ainda é mais simples e clara, pois está diretamente relacionada com seus interesses particulares, em que pese a possibilidade de emitirem pareceres políticos sobre outras questões do sistema de saúde.

Em contrapartida, a visibilidade social e de poder dos representantes dos usuários é bem mais difusa e sujeita a outras variáveis que nem sempre facilitam a sua participação. Por exemplo, as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro e se revelam no comportamento, na maneira de falar e de articular conceitos e idéias que nem sempre coincidem com a lógica do discurso abstrato, burocrático ou técnico. Essas diferenças são visíveis através da linguagem, na qual as moedas culturais têm diferentes valores de troca, sendo sua cotação baixa quando se trata dos conselheiros-usuários, limitando assim as possibilidades de provocar mudanças substantivas na política de saúde. E, independentemente das intenções dos sujeitos, é através dessas formas sutis de comunicação que se reafirma uma razão autoritária, que pode comprometer, significativamente, a idéia de controle público.

Os papéis sociais e as formas de percepção, tanto no sentido vertical (hierarquia e competência simbólica) quanto horizontal (identificação por segmento e competência simbólica) influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação se dá através de uma forma de construção social (percepção, valoração e formas de expressão) como resultado do processo interacional que acontece entre os indivíduos. Em segundo lugar, porque cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação, como uma construção cognitiva, em que os papéis sociais e os fatos requerem uma interpretação ativa por sua parte, tanto para agir quanto para se retrair diante das questões colocadas pelo ambiente da ação social.

Acreditamos que essas questões estejam diretamente relacionadas com os diferentes repertórios discursivos presentes em cada conselho de saúde, já que em um mesmo ambiente podem coexistir diferentes contextos

---

comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sociocultural, que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos que compõem os conselhos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer, que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde.

A percepção dos conselheiros a respeito desses processos depende de sua competência simbólica, das situações ou desafios concretos nos quais se envolvem nos conselhos e das possibilidades de subversão das relações assimétricas, das condições de funcionamento do conselho e da disposição política para o diálogo ou estabelecimento democrático de consensos, entre outras coisas.

Os papéis sociais, as formas de percepção e o capital simbólico de cada um ou de cada segmento influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação demanda formas de percepção e de expressão cujos valores oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Em segundo lugar, porque, individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação a partir da percepção que um ator social tem do outro, percepção que irá depender dos tipos de interações ali existentes, ou seja, se são mais ou menos simétricas.

## Conclusão

Voltando à idéia de controle público e as assimetrias simbólicas nos conselhos, mostramos que visibilidade e transparência são conceitos profundamente articulados ao conceito de comunicação e, por sua vez, ao conceito de controle público. O desafio que se coloca é o de fazer com que os conselheiros e respectivos conselhos estejam preparados para entendê-los e, entendendo-os, fazer com que eles sejam incorporados efetivamente à prática cotidiana de cada um, evitando o “simulacro da participação”, como se referiu Gilson Carvalho.

Para isso entendemos que o espaço dos conselhos é um espaço de aprendizagem cidadã, e que a formação ou capacitação dos conselheiros (gestor, trabalhadores e usuários) não pode ser reduzida apenas ao papel instrumental de “cão de guarda” ou de domesticá-lo frente à verticalidade do poder, mas sim para que todos possam, reciprocamente, se transformar dialogicamente com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública. Afinal ninguém nasce cidadão ou conselheiro. Tanto uma coisa quanto outra depende de investimentos e de aprendizagem, como faziam alguns gregos que preparavam e capacitavam os cidadãos para atuar na *Ágora*, onde ocorriam os debates públicos, ou seja, preparando-os através da retórica para defender os seus pontos de vista em igualdade de condições com os outros, já que a idéia entre eles era a de que não poderia haver democracia com sujeitos em condições desiguais.

Lembramos-nos aqui do educador Pedro Demo, que ressalta dois fins principais da aprendizagem cidadã: (a) a aprendizagem precisa ser *reconstitutiva*; não se aprende reproduzindo conhecimento vigente, mas refazendo-o; (b) a aprendizagem é sempre fenômeno *político*: não se restringe ao manejo do conhecimento, mas abrange seu questionamento crítico, a ética de sua gestação e aplicação, o sentido humano das mudanças. Diz ele ainda que “aprender é profundamente tornar-se sujeito capaz de desenhar sua trajetória, deixando para trás a condição de massa de manobra e aprender é, sobretudo, confrontar-se com a pobreza política” (DEMO, 2001, p. 93).

Ou, como diria Paulo Freire, “‘ler’ a realidade significa esta habilidade: reconhecer-la criticamente, organizar-se para atribuir à cidadania capacidade estratégica e saber intervir de maneira alternativa” (*apud* DEMO, 2001, p. 93-94).

Em outras palavras, a formação do conselheiro, dos vários segmentos, deve ser voltada para o entendimento profundo do significado de controle público e de ética pública que, se não extingue, pelo menos ameniza as assimetrias cognitivas e simbólicas entre os conselheiros.

E os conselhos de saúde nada mais são que uma espécie de associativismo voltado para a ética pública, nos quais os conselheiros dedicam parte

de seu tempo pessoal a uma causa comum de maneira voluntária e generosa, o que justifica investir na melhoria de seu funcionamento do ponto de vista da comunicação, da informação e da participação popular no Sistema Único de Saúde, com reflexos positivos na práxis de controle público de cada conselheiro ou segmento ali presentes.

## Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo; posfácio de Celso Lafer. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção da realidade*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CARVALHO, Gilson. *Conselho de saúde, hoje e sempre, sem complicação*. (internet, s/d).
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos Editorial, 1997.
- FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
- HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, Heloisa (Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Editora Scritta, 1994. p. 91-109.
- LUCAS, Simone Dutra. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã, 1998. p. 51-80.
- OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 65-74
- OLIVEIRA, V. C. Relatório de pesquisa "A comunicação e o controle público nos conselhos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte". Departamento de Comunicação Social da UFMG, 2001, texto fotocopiado.
- SPINK, M. J.; MEDRADO, Benedito. A produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.
- DEMO, Pedro. *Cidadania pequena: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil*. Campinas: Autores Associados, 2001. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo)