



REVISTA ESPAÇO DE DIÁLOGO E DESCONEXÃO
Link: <https://periodicos.fclar.unesp.br/redd/index>

A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA: ANÁLISE SOBRE A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ESFERA PÚBLICA

MASTEGUIN, Lucas¹.

¹ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2166-3308>

Autor para correspondência e-mail: lucasmasteguain@hotmail.com

Palavras-chave

Participação popular
Esfera pública
Conselho de saúde
Linguagem técnica

Keywords

Popular participation
Public sphere
Health council
Technical language

Palabras clave

Participación popular
Esfera pública
Consejo de salud
Lenguaje técnica

RESUMO

Este artigo apresenta, a partir dos pressupostos teóricos de Pierre Bourdieu, Chantal Mouffe e Jürgen Habermas, os fatores que incidem na qualidade da participação popular em esferas públicas de tomadas de decisões, especificamente no Conselho Municipal de Saúde de Araraquara.

ABSTRACT

THE EXPERIENCE OF THE MUNICIPAL COUNCIL OF HEALTH OF ARARAQUARA: ANALYSIS ON POPULAR PARTICIPATION IN THE PUBLIC SPHERE

This article presents, from the theoretical assumptions of Pierre Bourdieu, Chantal Mouffe and Jürgen Habermas, the factors that influence the quality of popular participation in public spheres of decision making, specifically in the Municipal Health Council of Araraquara.

RESUMEN

LA EXPERIENCIA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD DE ARARAQUARA: ANÁLISIS SOBRE LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN LA ESFERA PÚBLICA

Este artículo presenta, a partir de las tesis de Pierre Bourdieu, Chantal Mouffe e Jürgen Habermas, los factores que inciden en la calidad de la participación popular en esferas públicas de decisiones, específicamente en el Consejo Municipal de Salud de la ciudad de Araraquara-SP.

A Introdução

Constituição de 1988 institucionalizou a participação popular nas esferas públicas e possibilitou, no âmbito da saúde, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Estes Conselhos se definem paritariamente a presença dos prestadores de serviço, usuários, gestores e profissionais que exercem no controle e na fiscalização das ações de saúde pelo Estado. Da mesma forma, atuam como instância obrigatória para receber recursos do governo estadual e federal. Conforme Labra e Figueiredo (2002, p. 541), “recentemente foram adicionados requisitos que tornam imperativa a existência do Conselho de Saúde, como a obrigação de este examinar e aprovar o Plano de Saúde, orçamento e outros instrumentos de gestão”.

Originalmente ocasionada pela descentralização, isto é, atribuindo de forma conjunta com municípios, Estados, e a União às responsabilidades no campo da saúde, este novo tipo de gestão política teve como princípio a presença dos movimentos sociais que impulsionaram mudanças e concretizaram, a partir dos ideais do Movimento Sanitário, um Sistema Único de Saúde, ampliando o diálogo de segmentos da sociedade como sujeitos e precursores de políticas públicas.

Assim, o Conselho de Saúde tem como proposta a formulação de um canal que possibilita as tomadas de decisões de forma compartilhada com diferentes atores sociais.

Entretanto, segundo Labra e Figueiredo (2002):

“Numerosos estudos sobre os Conselhos de Saúde têm demonstrado que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas (LABRA e FIGUEIREDO, 2002, p. 541).”

Conforme Fucks, Perissinoto e Ribeiro (2003, p. 131), “uma boa compreensão do funcionamento dessas instâncias participativas exige conhecer as especificidades desses grupos e os impactos dessas especificidades sobre a capacidade de participação de cada um deles”.

Portanto, pretende-se analisar os fatores que se expressam no Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, no que se refere à participação popular no controle e na fiscalização dos recursos e ações do Poder Executivo, identificando limites da real participação popular.

OBJETIVO

Considerando o exposto acima, o intuito é verificar os mecanismos que impedem à participação popular ambientada na representatividade dos segmentos sociais no Conselho Municipal de Saúde de Araraquara.

A representatividade tem como foco, o controle social visando à fiscalização, à gestão e ao planejamento da saúde com a sociedade do município.

METODOLOGIA

A pesquisa de campo foi realizada durante 06 meses, tendo como princípio o método da observação, da entrevista e do questionário. Como participante das reuniões do conselho, foi possível acompanhar o processo de aprovação do Relatório Anual de Gestão do ano de 2014, a apresentação² do novo Secretário Municipal de Saúde³ neste período e a preparação da X Conferência Municipal de Saúde de Araraquara⁴. Finalmente, realizamos a leitura do marco jurídico sobre os conselhos de saúde.

JUSTIFICATIVA

O trabalho aponta a inclusão dos movimentos sociais na construção do SUS, que a partir da Constituição de 1988, institucionaliza a participação popular como um novo modelo de gestão política, criando canais que incluam os diversos segmentos da sociedade. O Conselho de Saúde é um exemplo disso.

Considerando que a participação popular neste local nem sempre é efetivada com sucesso, acreditamos ser importante identificar e mapear pontos que podem ser considerados estratégicos no setor público, no que

¹Mestrado Acadêmico em andamento pela Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", cursando Especialização em Gestão Escolar pela Universidade de São Paulo (USP) e especialização no Ensino de Sociologia para o Ensino Médio pela Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

²A apresentação do novo secretário resumiu-se aos desafios que ele irá enfrentar mediante a crise que se agrava e, as atitudes a serem tomadas para melhorias no atendimento como, por exemplo, a contratação de médicos nas UPAS.

³O novo secretário é o Dr. Carlos Fernando Camargo.

⁴A X Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 26 e 27 de Junho/2015.

confere à participação popular e aos movimentos sociais na aplicabilidade e avanços em políticas de saúde.

A DEFINIÇÃO E A FUNÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Entre os dispositivos criados para fomentar a participação da sociedade na gestão, no planejamento e na fiscalização no âmbito da saúde é a formação dos Conselhos Municipais de Saúde⁵ que possibilita canais de representatividade nos diversos segmentos da sociedade.

A partir da institucionalização do SUS sob a lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, o SUS passou a ser um órgão descentralizado atuando em todas as esferas do governo, esta atuação é acrescentada com a participação popular na gestão do SUS, nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, assim como consta na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, §1º, da Lei 8.142/90).

Entre as funcionalidades desse Conselho a Resolução nº 33, de 23 de Dezembro de 1992 prevê a formulação e controle na execução de política de saúde, fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento dos serviços de saúde e ao Fundo de Saúde.

Nas competências do Conselho cabe examinar denúncias, propostas, acompanhar e fiscalizar se as metas do Plano Municipal de Saúde estão sendo realmente cumpridas (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002).

A constituição desse órgão colegiado é composta em 50% usuários, 50% representantes do governo, trabalhadores de saúde, prestadores públicos e privados, a totalidade dos conselheiros pode variar de uma cidade para outra, mas a paridade deverá ser mantida (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002).

Cada Conselho é presidido pelo seu presidente cabendo entre seus membros elegê-lo. Entretanto, de acordo com o regimento interno ou a Lei de Criação do Conselho de cada município, denomina-se o Secretário de Saúde como presidente (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002).

Os usuários de saúde devem representar a sociedade, mas não podem ter qualquer tipo de vínculo com outro segmento e, nem ser parente ou cônjuge de outro segmento que não seja os representantes dos usuários.

O conselheiro não deve desempenhar função executiva, suas atividades estão centradas no acompanhamento e na fiscalização. Suas atividades não devem ser constituídas em ações clientelistas que de alguma forma, beneficie interesses particulares ou interesses partidários. Assim também, devem-se evitar práticas centradas no corporativismo, ou seja, o conselheiro não pode privilegiar interesses de sua categoria profissional (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002).

Conforme a legislação que trata do tema, os membros do conselho de saúde pautarão suas funções no planejamento para a implementação de políticas de saúde, como no caso do Plano de Saúde que é formulado no início da gestão de cada prefeito, governador e presidente da República e também, nas Agendas de Saúde, que são definidas de acordo com as prioridades estaduais e nacionais e o município tenta se adaptar com a sua realidade.

Portanto, o Conselho Municipal de Saúde deve atuar de forma participativa nas formulações e no acompanhamento dessas agendas para que se evite o que acontece, em diversas vezes, em que estas agendas são finalizadas pelas Secretarias e passam apenas para aprovação do Conselho.

Muitas Secretarias de Saúde não fazem o seu planejamento e encomendam os seus Planos de Saúde a consultores especializados no assunto, somente para cumprirem exigência legal. Esses planos são elaborados com base em dados oficiais, sem qualquer discussão com a sociedade e que leve em consideração a realidade existente naquele momento. É preciso que os conselheiros estejam atentos para não permitir que isso aconteça, para evitar que fique invalidada a participação popular no planejamento em saúde (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002, p. 65).

⁵Segundo Souza (2008), a formação dos Conselhos de Saúde culminou em virtude da descentralização da política de saúde “a partir da década de 90, surgem impulsionados pelo governo federal, em virtude do processo de descentralização (...) burocratização e tecnização de critérios de repasse de verbas aos municípios”(SOUZA, 2008, p. 134).

A função do Conselho de Saúde é participar na construção das estratégias de conselho municipal de saúde das Aproximadas e as definições de metas. Nesta perspectiva, o conselho tem que formular estratégias que visam garantir o direito de todos como participantes do processo político representando os interesses coletivos na esfera pública.

Compete ao Conselho Municipal de Saúde fiscalizar o Relatório de Gestão, que é o documento formulado pela Secretaria Municipal de Saúde que mostra os alcances dos objetivos e das metas, sobretudo, a prestação dos recursos aplicados, cabendo ao Conselho sua aprovação. Deve-se evitar a avaliação rápida e pouco detalhada. O órgão colegiado não pode permitir que documentos encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde sejam de última hora ou fora de prazos para análises, qualquer prestação de contas que seja limitada para o entendimento, tem que ser evitada (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002).

Após a exposição das diretrizes do Conselho de Saúde, previstas no Guia do Conselheiro que analisamos, de 2002, nos centraremos no Conselho de Saúde Municipal de Araraquara.

CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE MUNICIPAL DE ARARAQUARA

A sede do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara está em funcionamento no prédio da Coordenadoria Executiva de Vigilância em Saúde, situada na Rua Heitor Bin, nas antigas dependências do pronto socorro do Bairro Melhado. Instituído pelo decreto 6.136/91, reformulado pela lei municipal nº 6.377/06 e alterada pela lei municipal nº 7.407, de 08 de Fevereiro de 2011. Sua composição é paritária e constituída por 36 membros, sendo: 18 representantes dos segmentos organizados de usuários do SUS, 09 representantes de entidades dos trabalhadores de saúde, 05 representantes de prestadores de serviço de saúde do SUS e 04 representantes do poder executivo indicados pelo prefeito municipal (art. 1º, lei nº 7407/11).

A presidência e a vice-presidência, a secretária e a vice-secretária são eleitas pelos membros do conselho e terão mandato de dois anos. Estes são pertencentes da mesa diretora, que tem como função presidir as reuniões do conselho e representá-los nas relações internas e externas (lei nº 7407/11).

Desde a formação do Conselho, até a publicação da lei 6.377, de 2006, a presidência era ocupada pelo Secretário Municipal de Saúde. A partir de 2006, o Conselho Municipal de Saúde de Araraquara passa a ter a sua mesa de forma paritária.

Em relação aos conselheiros, eles devem participar das reuniões plenárias e, caso venham a ter três faltas consecutivas, sem justificativas, são destituídos como membros do conselho.

Atualmente, os ocupantes da presidência e vice-presidência no momento desta análise são respectivamente, Benedito Sérgio Carvalho e Dra. Rosana Nasser.

A reunião do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara acontece na última quarta-feira de cada mês (reuniões ordinárias).

PERFIL DOS CONSELHEIROS DE ARARAQUARA

Ao longo da pesquisa, buscamos analisar o perfil dos participantes do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, utilizando os dados recolhidos através do preenchimento de um questionário. Entre os vinte respondidos (*lembrando que não era obrigatório responder o questionário*) conseguimos os dados que serão expostos nessa seção.

A importância em conhecer estes participantes possibilita compreender a conjuntura, o perfil (*ou habitus*, como diria Bourdieu) e as características peculiares do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara.

Segundo Bourdieu (2007), o *habitus* nos ajuda a entender o ponto de vista de uma pessoa, motivo que a compreensão de sua biografia (*habitus*) é imprescindível para a análise de perfis sociais.

Assim sendo, o *habitus* é o conjunto de aspectos que são adquiridos nos processos de socialização, tornando uma estrutura derivada no processo histórico de cada indivíduo, ou seja, trata-se de um arquivo mental que nos ajuda na interpretação e escolhas na sociedade. Esse “arquivo” seria construído socialmente e reconstruído cotidianamente numa relação intensa indivíduo e estrutura social.

De acordo com Bourdieu (2007, p. 191), o *habitus* seria como “um sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes”.

Conforme esta ideia, Bourdieu ressalta que o conceito de *habitus* fomenta compreender a trajetória do indivíduo como também, sua posição dentro da sociedade na estrutura de uma classe (BOURDIEU, 2007). No método da sociologia relacional proposta por Bourdieu, o estudo da biografia de vida de um indivíduo é fundamental, pois a biografia nos daria pistas sobre sua classe social de origem (não de chegada), suas escolhas

políticas, econômicas, etc. É esse conjunto de disposição biográfica que Bourdieu chama de *habitus*.

Segundo Jardim (2007), o estudo de biografias também pode ser definido como prosopografia, que é uma forma de estudar não somente biografias individuais, mas também coletivas, ampliando, assim, as relações macro-micro (JARDIM, 2007).

Com estes pressupostos, passamos a analisar o perfil (ainda que exploratório) de alguns membros do Conselho Municipal de Saúde, como segue a tabela abaixo.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA

Tabela I -- número de participantes, segmento, entidade/órgão que representa, sexo, idade.

Nº	Segmento	Entidade/órgão	Sexo	Idade	Escolaridade
1	Trabalhador de saúde	Associação Paulista de Medicina	F	44	Superior
2	Gestor	Secretaria Municipal de Saúde	F	53	Superior
3	Trabalhador de saúde	Conselho Regional de Farmácia	F	63	Superior
4	Usuário	Comitê Ação da Cidadania	F	66	Superior Inc.
5	Usuário	Comitê Ação da Cidadania	F	63	Médio
6	Trabalhador de saúde	Conselho Regional de Farmácia	F	64	Superior
7	Gestor	Secretaria Municipal de Saúde	F	63	Superior
8	Prestador de serviço	APCD	F	51	Superior
9	Trabalhador de saúde	SOAR	F	55	Superior
10	Usuário	SUS	M	65	Superior Inc.
11	Usuário	SUS (USF)	M	59	Médio
12	Usuário	Sindicato dos Bancários	M	51	Superior
13	Usuário	SUS (USF)	M	36	Médio
14	Trabalhador de saúde	Associação Farmacêutica	M	59	Superior
15	Usuário	SUS	M	50	Médio
16	Usuário	SUS (USF)	M	60	Superior
17	Gestor	Vigilância Sanitária Municipal	F	46	Superior
18	Gestor	Orçamento Participativo	F	55	Médio
19	Usuário	Pastoral da Criança	F	70	Superior
20	Trabalhador de saúde	Secretaria Municipal de Saúde	F	56	Superior

Fonte: dados do questionário.

O que podemos perceber entre os participantes que a maioria possui ensino superior completo, 3 são gestores, 1 é prestador de serviços, 6 são trabalhadores de saúde e 3 são usuários, totalizando que os trabalhadores de saúde são ampla maioria detentores do ensino superior completo. Os que possuem ensino superior incompleto são 2 usuários e, entre aqueles que têm ensino médio completo, 4 são usuários e apenas 1 gestor, totalizando que os usuários possuem ensino médio completo.

As faixas etárias dos participantes do conselho estão entre os 36 e 70 anos de idade, todavia, 80% deles estão entre os 50 anos e 70 anos⁶, a maioria dos participantes 65% são mulheres e 35% são homens.

⁶Corresponde a 16 participantes acima de 50 anos de idade.

Tabela II - Número de participantes, segmento, renda, profissão, interesse por política, filiação partidária.

Nº	Segmento	Renda*	Profissão	Interesse por política	Filiação Partidária
1	Trabalhador de saúde	10 a 15	Médica Psiquiátrica	Sim	Não
2	Gestor	1 a 5	Funcionário Público	Sim	Não
3	Trabalhador de saúde	1 a 5	Farmacêutica	Sim	Não
4	Usuário	1 a 5	Aposentado	Sim	Não
5	Usuário	1 a 5	Aposentado	Sim	Não
6	Trabalhador de saúde	5 a 10	Farmacêutica	Não	Não
7	Gestor	5 a 10	Pedagoga	Sim	Não
8	Prestador de serviço	5 a 10	Cirurgião Dentista	Sim	Não
9	Trabalhador de saúde	10 a 15	Cirurgião Dentista	Sim	Não
10	Usuário	1 a 5	Aposentado	Sim	Sim- PSDB
11	Usuário	1 a 5	Aposentado	Sim	Sim- PT
12	Usuário	1 a 5	Bancário	Sim	Sim- PT
13	Usuário	1 a 5	Motorista	Sim	Não
14	Trabalhador de saúde	10 a 15	Professor	Sim	Não
15	Usuário	1 a 5	Agente de Saúde	Sim	Não
16	Usuário	1 a 5	Aposentado	Sim	Não
17	Gestor	5 a 10	Cirurgião Dentista	Sim	Não
18	Gestor	1 a 5	Gestor de Projetos	Sim	Não
19	Usuário	1 a 5	Aposentado	Não	Não
20	Trabalhador de saúde	10 a 15	Enfermeira	Sim	Não

Fonte: dados do questionário.

*Renda: Em salários mínimos

Em relação ao nível de renda, 60% estão na faixa de 1 a 5 salários mínimos, 20% recebem de 5 a 10 salários mínimos e 20% recebem de 10 a 15 salários mínimos, ou seja, mais do que a metade daqueles que responderam o questionário recebem entre 1 a 5 salários mínimos.⁷

A maioria tem interesse por políticas relacionadas a políticas municipais, estaduais e federais, 85% daqueles que responderam o questionário não têm preferência partidária e 15% são filiados a partidos políticos. Entre os membros dos conselheiros filiados a partidos políticos, estão presentes os Partidos dos Trabalhadores (PT) e o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Os conselheiros são pessoas que têm grande acesso à comunicação, gostam de política e conhecem o regimento interno. Eles tiveram conhecimento sobre o conselho através de trabalhadores de saúde, amigos ou legislação sobre o tema.

A ampla maioria dos conselheiros tem uma visão positiva sobre a participação popular como um instrumento efetivo para a resolução de problemas relacionados à saúde, como segue nos relatos abaixo:

“Com a participação popular as decisões não ficam centralizadas nos poderes” (Representante dos usuários de saúde).

“Porque as pessoas ficam conhecendo melhor a real situação do município.” (Representante dos usuários de saúde).

“Para melhorar o sistema do SUS em Araraquara” (Trabalhador de Saúde)

⁷Cabe informar que dos totais: de 1 a 5 salários mínimos (12) questionários foram respondidos, de 5 a 10 salários mínimos e de 10 a 15 salários mínimos foram (4). É diante deste número que geramos os 100%.

“O conselho é um órgão deliberativo” (Trabalhador de saúde)

Os conselheiros possuem alta escolaridade. Essa constatação do conselho de Araraquara está em homologia com os conselhos nacionais, já que as pesquisas relacionadas “indicam que o nível de renda, a escolaridade e o engajamento político-partidário dos conselheiros costumam ser elevados” (RAMOS, CEZARÉ E VENDRAMINI, et al., 2012).

Podemos perceber que os conselheiros são pessoas que possuem alto capital cultural, como afirmaria Bourdieu (2001). Segundo este autor, mensurar o capital cultural é uma forma de revelar ou desvelar as desigualdades sociais, construídas simbolicamente e arbitrariamente pelo sistema escolar. Assim, ao retratar os indivíduos que possuíam privilégios, Bourdieu mostra que estes possuem maior acesso aos meios de educação.

Sua tese é que o sistema educacional torna um instrumento de seleção/exclusão, garantindo diferenças de condições entre aqueles que se tem certo grau de conhecimento atribuído com títulos acadêmicos e aqueles que não os possui. A novidade de Bourdieu, em pleno ano de 1964 é mostrar que a escola produz a reprodução dessa estratégia de dominação simbólica, já que seleciona seu alunato dentro de critérios excludentes ao público de classe popular, reproduzindo o ciclo de dominação.

Essa diferença socialmente garantida, ratificada, autenticada pelo título escolar valendo como título (burocrático) de nobreza (tal como a diferença entre o homem livre e o escravo em outras épocas), constitui o fundamento da diferença de “natureza” ou de “essência” [...] que o aristocratismos escolástico estabelece entre o pensador e o “homem comum” (BOURDIEU, 2001, p. 36).

Portanto, a escola constitui como uma “força formadora de *habitus*” que através de sua influência constrói estruturas específicas atribuídas ao universo escolar (BOURDIEU, 2007). Ademais, a cultura da escola dialoga com a cultura do alunato, que o autor chama de herdeiros, em contraposição aos alunos bolsistas, filhos da classe popular.

Assim, a escola tem a função de transmitir conscientemente ou inconscientemente esquemas estruturantes nos indivíduos conduzindo suas formas de pensar e agir, ou seja, a sua cultura (BOURDIEU, 2007). A língua e o pensamento escolar produzem aspectos valorativos, atribuindo “produtos específicos da escola”, inúmeros conceitos e a reprodução de grupos no poder.

Nesta perspectiva, a cultura ambientada pelo universo escolar recebe a função de diferenciação, tanto nas competências dos campos quanto ao acesso disponível da educação.

A partir desta noção, veremos mais adiante, a presença de mecanismos de influência e dominação ocasionada pela linguagem técnica na interação entre os membros do Conselho Municipal de Saúde. Aqueles que não estão imersos em categorias escolares ou não possuem a titulação e específicos conceitos formulados pela competência de um cargo ou saberes específicos de um determinado campo do universo escolar acabam não atingindo, suficientemente o ponto desejado, no caso, a participação popular nas tomadas de decisões com o governo.

Nos quadros expostos acima, os resultados demonstram diferenças nas escolaridades entre os representantes dos profissionais de saúde e os usuários, porém, deve-se atentar que esta diferença não se torna um mecanismo que diminua a participação dos conselheiros. A diminuição não é quantitativa, mas qualitativa, na compreensão do que se fala e ouve.

Os resultados demonstram que existem diferenças, especialmente no que se refere à escolaridade, entre o perfil dos representantes da sociedade civil e do poder público.

Este fator, não consegue, por si só, significar uma correlação de forças desigual dentro dos conselhos, uma vez que consideram-se também relevantes o conhecimento construído pelo saber local e o acesso à informação (RAMOS, CEZARÉ e VENDRAMINI, et al., 2012).

Nesse ínterim, a literatura analisada sugere que o conselho deve possibilitar uma abertura nos processos de participação garantindo a capacidade a todos no debate, portanto “os participantes que, embora não possuam educação formal, possuem experiência e sabedoria local, elementos que os tornam certamente conhecedores das questões mais relevantes para a comunidade em que vivem”(RAMOS, CEZARÉ, VENDRAMINI, et al., 2012).

CONCEITO DE SOCIEDADE CIVIL E ESFERA PÚBLICA, SEGUNDO HABERMAS

A formação dos Conselhos Municipais de Saúde nos remete a pensar o conceito de sociedade civil, de acordo com o pensamento de Habermas. Segundo ele, a sociedade civil estende-se pela presença das organizações, dos movimentos sociais e das associações que se tornam instrumentos capacitadores de transmitir os problemas sociais. A sociedade civil tem a possibilidade de institucionalizar seu discurso para poder influenciar nas tomadas de decisões.

Desta maneira, a sociedade civil é mais sensível em captar os problemas sociais ou os interesses coletivos antes mesmo que a esfera pública e, a partir desta possibilidade, participar ativamente dos interesses públicos (HABERMAS, 2003).

A participação social nas esferas públicas tem o caráter transformador referente à redefinição do modelo de poder, esta participação demonstra o processo de democratização, redistribuição de poder, da descentralização e o papel mais autônomo de outros atores sociais. Possibilita também, o exercício da cidadania ativa, as associações, os movimentos sociais e as arenas institucionais que passam a incluir novos sujeitos que se identificam em um determinado segmento e amplia o caráter participatório do debate e da reflexão (JACOBI, 2009).

Hegel vai caracterizar a sociedade civil afirmando que, toda a ação humana é impulsionada por interesses específicos. De acordo com as concepções de Bobbio (1982), Hegel coloca o termo sob as aparências das atividades econômicas, baseada nos princípios do Estado liberal e distancia-se das concepções da economia política ou da ciência política que tinha como fundamento os princípios da liberdade natural (BOBBIO, 1982).

O indivíduo passa a desejar seus interesses privados, mas como ele depende de outros para alcançar seus desejos utiliza-se de interesses universais. Há deste modo, uma relação de dependência com o outro. A sociedade civil passa a ser caracterizada por uma rede de interdependências onde o trabalho assume principal relevância, ou seja, para você conseguir algo, alguém terá que trabalhar para você.

Hegel estrutura seu pensamento no “sistema das necessidades”, conforme Benjamin (2000), a sociedade civil na ideia de Hegel funciona:

(...) a partir das necessidades dos indivíduos. Tais necessidades de várias espécies levam os homens a dependerem uns dos outros para a satisfação das mesmas (se eu quero algo é necessário adquiri-lo de alguém que o produza e o venda). Cria-se então uma rede de dependência universal entre os homens já que a satisfação das minhas necessidades implica a satisfação das necessidades de todos os outros (BENJAMIN, 2000, p. 99).

Influenciado por Hegel, Habermas vai além, ao afirmar que a modernidade na expressão de sociedade civil não é suficiente em captar a teoria dos sistemas das necessidades. A sociedade civil não se encaixa mais nas concepções do materialismo, da economia de mercado, portanto, ela está institucionalizada na formação das associações e das organizações livres que tem a capacidade de influenciar na esfera pública. A liberdade deve ser o direito fundamental.

A liberdade de opinião e de reunião, bem como o direito de fundar sociedades e associações, define o espaço para associações livres que interferem na formação da opinião pública, tratam de temas de interesse geral, representam interesses e grupos de difícil organização, perseguem fins culturais, religiosos ou humanitários, formam comunidades, etc (HABERMAS, 2003 p. 101).

A sociedade civil deve possibilitar a formação das associações reconhecendo as diversidades, garantindo a privacidade, liberdade de crença e a dos direitos privados (HABERMAS, 2003).

A esfera pública, conforme Habermas, é um fenômeno social elementar, não é um sistema, nem uma organização, a esfera pública é caracterizada como um agir comunicativo, uma rede de comunicação tendo a linguagem como principal elemento.

Deste modo, forma um conjunto de conteúdos e de opiniões que se formaliza através da ação comunicativa da sociedade. A esfera pública é uma estrutura comunicacional relacionada ao espaço social. Constitui-se pela formação da opinião que se torna capacitada pela liberdade comunicativa em interferir nas organizações objetivando mudança, obtendo a possibilidade do debate das ideias, da crítica e do controle.

Esta nova perspectiva foi ocasionada pela modernidade, no qual uma nova sociedade passa a ver o Estado como aquele constituído em executar serviços necessários à sociedade civil. De acordo com as palavras de

Kristch (2010), a nova sociedade dos:

Cidadãos politicamente organizados – passou a dizer respeito a uma esfera de atividades e a um conjunto de instituições (famílias, igrejas, movimentos sociais etc.) que se localizam *fora* do Estado ou do governo, representando uma ordem de legitimação que organizações políticas adequadamente constituídas têm o dever de servir (KRISTCH, 2010, p. 319).

A possibilidade em interferir no poder público foi notável na constituição dos Estados Nacionais que impulsionou a um novo modelo político, na substituição da representação política dos senhores feudais.

A nova forma de “poder político” tem origem com a participação burguesa, que passa a confrontar o Estado tornando-se pessoas “privadas reunidas para formar um público”. A partir da influência do capitalismo ocorrem mudanças estruturais de participação passando a influenciar o ambiente privado (KRISTCH, 2010).

No objetivo de querer aprofundar na participação dos Conselhos de Saúde, podemos verificar a importância que este assume no cenário político e na diversidade de ideias que são formuladas. Todavia, os Conselhos enfrentam também diversas dificuldades na sua estrutura para efetividade na participação política e um deles que discutiremos refere-se à sua própria interatividade na comunicação.

A UTILIZAÇÃO DE TERMOS TÉCNICOS COMO INIBIDORES DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

Uma das dificuldades que o Conselho de Saúde Municipal de Araraquara enfrenta referente à interação entre seus membros é a utilização da sua própria linguagem.

A partir do acompanhamento das reuniões do conselho foi possível perceber a dificuldade entre os participantes (principalmente os usuários) na comunicação. Este fato é ocasionado pela utilização da linguagem técnica pelos trabalhadores de saúde e de alguns representantes dos prestadores de serviços.

Podemos afirmar que, os mais afetados da ausência de entendimento são os representantes dos usuários do SUS, que se encontram imersos em variantes técnicas que os profissionais utilizam em suas falas que dificultam ou até afastam qualquer meio que os usuários possam se expressar.

Este aspecto conduz a pensarmos nas concepções de Bourdieu, que ressalta que a educação pode exercer um mecanismo de distanciamento e de diferenciação entre os indivíduos, privilegiando as classes dominantes. Os princípios desta diferenciação correspondem à esfera cultural, rejeitando fatores externos para prevalecer à dominação de um determinado campo, isto é, a legitimidade de uma área.

Segundo Bourdieu (2007), esta dominação pode ser atribuída de formas particularizadas em detrimento de uma área, como por exemplo, a utilização de recursos técnicos nas falas.

Os princípios estilísticos - cada vez mais redutíveis a princípios técnicos - são cumpridos de maneira cada vez mais rigorosa e acabada nas obras e, ao mesmo tempo, afirmam-se de maneira cada vez mais sistemática no discurso teórico produzido pela e para a confrontação (BOURDIEU, 2007, p. 111).

Podemos afirmar que no Conselho Municipal de Saúde a presença da violência simbólica se torna uma variante de poder que impõe, através de maneira abstrata, um poder de dominação. Deste modo, a violência simbólica não se constitui de uma violência física, mas na experiência subjetiva nas relações sociais.

No Conselho Municipal de Saúde acontece a dominação subjetiva pelo linguajar técnico que dificulta a interação entre os diferentes campos que lá atuam, “este fato nos obriga a tratá-lo como campo das relações de concorrência pelo monopólio do exercício legítimo da violência simbólica” (BOURDIEU, 2007, p. 111).

Para Habermas (2003), “a ampla circulação de mensagens compreensíveis, estimuladoras da atenção, assegura certamente uma inclusão suficiente dos participantes” (HABERMAS, 2003, p. 94). Todavia, no caso de Conselho de Saúde, a utilização de termos técnicos ou procedimentos complexos relacionados à saúde, às leis ou até esquemas financeiros, fazem com que o usuário fique inseguro em opinar naquilo que ele não entende em um determinado momento. A linguagem técnica serve como um mecanismo para inibir os usuários de participar efetivamente das políticas públicas e na fiscalização.

Haussen e Caponi (2002), citam em sua pesquisa, o termo utilizado por Eco (1997) sobre a hipercodificação que é uma “operação de extra-codificação” na qual possibilita que o receptor tenha competência discursiva para entender uma situação recebida, trata-se de uma habilidade textual ou discursiva para entender determi-

nados contextos (HAUSSEN; CAPONI, 2002).

No caso dos Conselhos de Saúde acontece a hipercodificação ideológica, um discurso ideológico que oculta qualquer possibilidade de interpretação (HAUSSEN; CAPONI, 2002).

Os Conselhos de Saúde com a participação de médicos, gestores, trabalhadores de saúde e parte administrativa utilizam da linguagem técnica em diversas situações, que voluntariamente ou involuntariamente, passam a ideia de um saber autoritário impedindo qualquer manifestação por parte dos usuários que se sentem inseguros em dizer algo que supõem não saber.

Os usos de termos hipercodificados são, em grande parte do jargão administrativo da área da saúde, tem aqui um uso ideológico e fazem parte da competência do discurso. Competência criada para fazer com que falem alguns e com que se caleem outros (HAUSSEN e CAPONI, 2002, p. 1625).

Em específico, no Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, a utilização de termos técnicos não é algo fora do comum. Na apresentação do Relatório Anual de Gestão⁸ que consta as metas cumpridas do ano de 2014, houve por parte dos conselheiros e dos representantes da própria Secretaria Municipal de Saúde, desentendimentos relacionados a recursos financeiros.⁹

Esta situação demonstrou a impaciência e a falta de clareza, dos gestores e dos técnicos, em explicar rotinas administrativas. Por conseguinte, os questionamentos por parte dos representantes dos usuários são vistos, pela ala técnica, como falta de preparo ou falta de interesse em não procurarem se informar antes das apresentações dos relatórios previstos nas pautas. Das muitas vezes, os questionamentos dos conselheiros que não entendem determinadas situações são vistos por representantes técnicos, como “discussões pessoais” e “desentendimentos propositais” com a única razão de atribular as reuniões.

No questionário entregue para uns dos trabalhadores de saúde, a pergunta: “*para você, a participação popular torna-se um instrumento efetivo para a resolução de problemas relacionados à saúde, no âmbito de Araraquara, sim, por quê? ou não, por quê?*”. A resposta foi positiva, afirmando que a população são os primeiros sujeitos afetados aos problemas, todavia, a resposta negativa também foi preenchida referente à participação popular com a seguinte justificativa:

Porque nem sempre a população sabe fazer a cobrança da resolução dos problemas, apesar da participação popular ser importantíssima (muitas vezes), pois o povo (usuário do Sistema Único de Saúde) é o primeiro a detectar o problema do sistema, visto que ele acaba sendo “vítima” do problema. Esse usuário não tem voz para fazer a sua queixa ou não sabe como se fazer ouvir, outras vezes acaba por não conseguir ser “apartidário” e a queixa acaba sendo vista como “briga política”.

Verificamos que os questionamentos são encarados como questões partidárias e brigas por interesses pessoais. A comunicação e a relevância do papel do Conselho entre seus membros são ignoradas no sentido da fiscalização e do controle de recursos. Neste caso, questionar é visto como algo “estranho” e “político”, a queixa é encarada como briga política entre o Executivo e o Conselho.

Portanto, segundo Pinheiro (2006, p. 72), “Ultrapassar as barreiras do discurso técnico consiste em ir além dos termos específicos; significa procurar romper com práticas antigas de persuasão no âmbito do Executivo municipal”.

⁸Em relação à pauta do Relatório Anual de Gestão que consta os resultados das realizações das metas do ano de 2014, houve dúvidas por parte do conselho a respeito da apresentação da funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, referente aos dados que demonstravam metas não efetivadas por falta de recursos ou efetivadas parcialmente ou não priorizadas. Durante a apresentação, muitos conselheiros foram embora e concluiu-se que não havia quórum suficiente por parte dos conselheiros para a aprovação e a ausência da parte técnica, que não estava presente para dirimir dúvidas a respeito de cada setor.

⁹Houve desentendimento a respeito da disponibilização de recursos, que são divididos de acordo com três parcelas: 25%, 50%, 25% e pela explicação da representante da Secretaria Municipal de Saúde de que as verbas totais não apareciam na apresentação porque eram apenas um Relatório Anual recorrente ao ano de 2014, e parcelas originadas em outro ano não apareciam no relatório. Esta apresentação, segundo a vice-presidente do Conselho Municipal e pela própria representante da Secretaria de Saúde, só ocorria porque os conselheiros vêm despreparados, porque todos receberam os dados e documentos por e-mail, mas nem todos o verificavam antes da reunião.

PODER DE INFLUÊNCIA E DOMINAÇÃO

Ao analisar o Conselho de Saúde, podemos constatar que a utilização da linguagem técnica como mecanismo de silenciar os representantes dos usuários do SUS, demonstra fatores de dominação e poder de influência dos gestores e profissionais, sobretudo, realçam o poder de influência nas tomadas de decisões.

De acordo com o sociólogo Weber (2004), o poder de influência e de autoridade constitui-se em três tipos de autoridades: a tradicional, a carismática e a racional-legal, sendo esta última, essencial para análise desta pesquisa.

A autoridade racional-legal é aquela fundamentada pelas regras e normas. Aquele que detém poder através da legitimidade da lei e da justiça. Weber (2004), afirma que toda dominação se expressa perante a uma administração, isto é, a administração a partir de sua estrutura que se compõe em algum tipo de influência dominadora, nos tempos modernos, uma administração pode ocultar sua autoridade passando a representar figuras modestas, como um “servidor” igual a todos ou a um tipo de administração que o autor denomina de administração democrática. Segundo ele:

Toda dominação manifesta-se e funciona como administração. Toda a administração precisa, de alguma forma, da dominação, pois, para dirigi-la, é mister que certos poderes de mando se encontrem nas mãos de alguém. O poder de mando pode ter aparência muito modesta, sendo o dominador considerado o “servidor” dos dominados e sentindo-se também como tal. Isso ocorre, em mais alto grau, na chamada administração diretamente democrática. Chama-se “democrática” por duas razões que não coincidem necessariamente, a saber: 1) porque se baseia no pressuposto da qualificação igual, em princípio, de todos para a direção dos assuntos comuns; e 2) porque minimiza a extensão do poder de mando. As funções administrativas são simplesmente assumidas num sistema de turno ou conferidas mediante sorteio ou eleição direta, para curtos períodos de exercício, sendo reservadas aos membros da associação todas as decisões materiais, ou pelo menos as importantes, e deixadas com os funcionários somente a preparação e a execução das decisões e a chamada “administração dos assuntos correntes”, de acordo com as disposições da assembleia dos membros (WEBER, 2004, p. 193).

No questionário distribuído entre os participantes do Conselho de Saúde de Araraquara, questionamos o poder deles na sua capacidade de influenciar nas tomadas de decisões, aqueles que responderam a este item, alguns afirmaram como satisfatório e outros refletiram que seus poderes de influência dentro do Conselho eram limitados porque suas influências se restringiam de acordo com a derivação das pautas ou com a dependência da mesa diretora.

Gazeta (2005), em sua análise, afirma que a imposição unilateral do Estado apresenta um elemento problemático para a efetivação da participação popular devido ao posicionamento do presidente do Conselho ou pessoas indicadas em elaborar as pautas das discussões, limitando pautas que sejam de interesse da população, “transforma os Conselhos em meros canais de homologação de assuntos do interesse dos governos” (GAZETA, 2008, p. 50).

Segue o relato dos participantes:

“A impressão que eu tenho é que a mesa diretora e o presidente temem entrar em conflito com a Secretaria Municipal de Saúde e estão sempre tentando apaziguar os ânimos daqueles que apontam as dificuldades pelas quais a “saúde do município” tem passado” (Representante da Associação Paulista de Medicina).

“As reivindicações deveriam ser atendidas com mais rapidez (...). Ser mais respeitado antes de algumas decisões do Executivo e priorizar decisões do CMS” (Representante do Sindicato Bancários de Araraquara).

“Emblemática (...). O CMS deveria ter maior influência junto ao poder municipal” (Usuário do Posto de Saúde da família).

Ineficiente (...) enfrentamos uma época em que a SMS parece não dar a devida importância ao Conselho. Na última prestação de conta do Plano de Gestão, tivemos presentes pouquíssimos gestores, tanto que houve uma reunião extraordinária para esclarecimentos (Prestador de serviço - representante da APCD- Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas).

Pequeno (...) quanto à prestação de contas a SMS é obrigada a fazer, quanto à discussão dos projetos esses chegam prontos e poucos são trazidos à discussão (Trabalhador de saúde - Associação Farmacêutica de Araraquara).

Apesar das críticas, a Secretaria de Saúde do Município e os gestores responderam que a Secretaria atua de forma prestativa com a população e, o Conselho Municipal de Saúde age de forma gratificante em diversas situações. Porém, nota-se que os participantes, através de seus relatos demonstram insatisfação com o poder Executivo, tornando um dos elementos desmotivadores da participação popular.

De acordo com o questionário exposto, 50% afirmaram que em relação aos seus posicionamentos nas diversas pautas tratadas dentro do conselho, eles eram apenas ouvidos, sem serem considerados em suas opiniões. Para Fucks, Perissinotto e Ribeiro (2003, p. 129) “as pesquisas existentes indicam que a emergência dos conselhos gestores de políticas públicas não superou a distinção entre uma minoria de cidadãos politicamente ativos e a maioria passiva”

Mediante a isso, nós podemos direcionar a nossa análise com a atuação dos conselheiros de Araraquara que identificam as relações de poder dentro do próprio Conselho.

Esta identificação é relatada pelo empenho da Secretária Municipal de Saúde e pelos profissionais e gestores e, até mesmo, da mesa diretora, que incidem seus conhecimentos técnicos e sua influência do poder do cargo no direcionamento das atividades dos Conselhos de Saúde. Todavia, um dos elementos que minimiza esta situação seria a capacitação dos usuários para entender os funcionamentos destas relações de poder.

Porém o poder não é tal modo negativo nas relações sociais. Quando se focaliza como algo manipulador e arbitrário, conseqüentemente o sentimento de inferioridade é realçado, contudo conforme Marinho (2008):

A realidade do cotidiano é que as pessoas não reconhecem ter poder e admitem, também, ser muito difícil lutar contra a máquina montada. Contudo, as evidências não significam que a verdade do poder seja esta, mas que a sua história mentirosa conseguiu fincar profundas raízes, isto significa que a massa opressora, diante de um discurso tradicional, não consegue visualizar a verdadeira realidade das relações de poder (MARINHO, 2008, p. 21).

Desta forma, todos têm a capacidade de influenciar nas tomadas de decisões, todos, sem exceção, têm o poder dentro do Conselho de Saúde em direcionar seus interesses e projetos para resolutividade dos problemas coletivos.

Nas reuniões do conselho de Araraquara, percebe-se que, apesar do sentimento de inferioridade que alguns representantes dos usuários têm em relação aos poderes dos gestores e da mesa diretora, o próprio conselho reflete o seu papel diante dos problemas da saúde do município, identificando que estes não são apenas de responsabilidade de cunho específico da gestão pública, mas também de responsabilidade da própria instituição e da sociedade.

Essa reflexão demonstrou o papel deles como conselheiros em cobrar, acompanhar e fiscalizar, observamos que alguns criticaram a postura diante do contexto atual, afirmando falta de interesse e descrença do papel ativo do conselho. A crítica centrou-se também, na falta de atitude da mesa diretora relacionadas às denúncias apresentadas no conselho, em que não se tinha uma participação conjunta com a promotoria de justiça de Araraquara.

Nas reuniões foi possível verificar as representações dos usuários de cada bairro em suas reivindicações, como por exemplo, as reclamações nos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, ausência de médicos, equipamentos quebrados e as posições tomadas dos gestores e técnicos de saúde que se prontificaram em atender às reclamações.

Sendo assim, o Conselho Municipal de Saúde tem se mostrado como instância que absorve diversas demandas e denúncias referentes ao sistema de saúde do município (PINHEIRO, 1996).

Nota-se que no Conselho de Saúde as relações de poder se fazem presente na interação entre todos os indivíduos, para Bourdieu as relações de poder são dadas a partir das lutas de classes que são possuidoras do seu *habitus*, isto é, dos seus próprios esquemas de pensamento e apropriação em relação ao seu mundo social.

O *habitus* deve ser visto, conforme Setton (2002, p.63), “como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação que é experimentado e posto em prática, tendo em vista que as conjunturas de um campo o estimulam”. O campo para Bourdieu é assegurado pelas relações de lutas por interesses como uma “oposição

de forças, distribuídas entre posições dominantes e posições dominadas, segundo o capital simbólico, econômico e cultural dos agentes e das instituições” (LIMA, 2010, p. 16).

Nesta perspectiva (1989), as relações de poder estão envolvidas por uma luta simbólica na imposição por diferentes interesses. O uso de vocabulário técnico seria uma forma de luta, de distanciamento em relação àqueles que não dominam os códigos, seria uma forma, de violência simbólica.

De acordo com Bourdieu, a linguagem desempenha um elemento essencial nas relações sociais porque ela não se mostra apenas como um dispositivo comunicativo, mas revelador das relações de poder. A linguagem demonstra o mundo social, tornando-se assim, uma simbologia da realidade. Afinal, nenhuma palavra é neutra.

Conforme Giordani :

A linguagem não tem apenas a função de informar - de transmitir de forma neutra mensagens de um emissor a um receptor até porque o processo não pode ser compreendido somente por esse viés; ela comunica também à posição que o falante ocupa e, portanto, se constitui em uma arena de jogos onde se travam disputas ideológicas onde se exercem em forma de poder (GIORDANI, 2015, p. 2).

A comunicação não se resume nas palavras e no significados, mas na noção da crença no que se diz. “O que faz o poder das palavras (...) é a crença na legitimidade das palavras e daqueles que a pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras” (BOURDIEU, 1989, p. 15).

A legitimação que ocorre na linguagem se expressa através de um fundo ideológico representando os jogos de interesse e de dominação através da linguagem, neste caso, transforma-se como uma variante do poder do discurso como um mecanismo de poder simbólico e com o intuito de representar o mundo social.

Bourdieu retrata que os atores sociais têm como intuito construir um mundo coletivo e individual, através das suas estruturas objetivas, nas variadas formas de poder. Estas estruturas objetivas são atribuídas ao *habitus* que o torna elemento diferenciador de um indivíduo com outro. Segundo ele, as classes dominantes são as mais favorecidas no poder econômico, social e simbólico pelas instituições e que estas mesmas, o legitimam (CAPELLE; MELO; BRITO, 2005).

HABERMAS E CHANTAL MOUFFE- PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ESFERA PÚBLICA.

Habermas demonstra em uma democracia procedimental que a razão e as normas são as peças chaves para legitimar uma participação pública baseada principalmente na comunicação. A esfera pública canaliza as demandas da sociedade mediando entre o “mundo da vida” com as instituições e o sistema político. Conforme Lubenow (2010):

A esfera pública constitui uma “caixa de ressonância” dotada de um sistema de sensores sensíveis ao âmbito de toda sociedade, e tem a função de filtrar e sintetizar temas, argumentos e contribuições e transportá-los para o nível dos processos institucionalizados de resolução e decisão (LUBENOW, 2010 p.236)

Dessa forma, Habermas enfatiza a participação pública voltada para uma cooperação social, ou seja, os deliberantes visarão para um entendimento comum através de um debate racionalizado.

Para Chantal Mouffe (2015) essa ideia de entendimento comum reforça uma concepção de consenso. Segundo ela, onde há consenso gera exclusão porque não se considera as diferenças e particularidades individuais e também não se leva em conta outros fatores como as desigualdades sociais ou a ideia de poder e dominação simbólica como vimos em Bourdieu em seus conceitos expostos anteriormente.

A ideia de democracia liberal que tende conciliar diversos interesses ao bem comum exclui as subjetividades e as emoções dos indivíduos e isso se torna um equívoco por achar que através de uma racionalização, as subjetividades irão desaparecer. É por causa disso que a Teoria Democrática tem tanta dificuldade em compreender movimentos de massa e o nacionalismo (CHANTAL MOUFFE, 2015).

A autora acrescenta que a democracia voltada para o consenso transforma em uma democracia enfraquecida porque não há conflitos de ideias, não é a apaixonante, assim impulsiona a um esvaziamento na política.

Conforme Lubenow (2010) o modelo deliberativo não é capaz de fornecer uma estrutura de comunicação que não está isenta de influência que afeta a qualidade da deliberação ou mesmo da participação pública.

Assim vimos na experiência do Conselho Municipal de Saúde que identificamos a presença de fatores que incidem nesta participação e um deles é a linguagem técnica como forma de poder.

Para Mouffe é importante reconhecer esses impedimentos e a violência que eles significam ao invés de ocultar sob um véu da racionalidade ou sob uma neutralidade que na verdade não existe.

As questões controversas não podem ser confinadas à esfera privada e é uma ilusão acreditar que é possível criar uma esfera pública não exclusiva de discussão racional, em que seria possível atingir um consenso não coercivo. Em vez de tentar eliminar os traços do poder e da exclusão, a política democrática exige que eles sejam trazidos para a praça pública, tornando-os visíveis para que possam entrar no terreno da contestação (MOUFFE, p.198, 1996).

Neste sentido é um equívoco pensar que quanto mais democrática é a sociedade, mais igualitária ela se torna, ou pensar que os fatores de influência como o poder nas relações sociais irão desaparecer, para Chantal Mouffe, não há como o poder ser erradicado na sociedade porque o próprio social constitui ato de poder.

No caso do Conselho Municipal de Saúde, apesar de uma imagem transparecida de igualdade, sem qualquer sinal de poder ou de violência simbólica, na verdade esconde estratégias que perpetuam no ato da comunicação. Portanto, essa forma de deliberação reflete o paradoxo de um sistema liberal: “como eliminar os adversários mantendo-se neutro” (MOUFFE, 1996).

A autora contribuirá para uma democracia radical ou agonística como assim ela define que tem como intuito valorizar o conflito e o dissenso, principalmente em uma sociedade pluralista.

Segundo ela:

(...) pluralismo está ancorado no reconhecimento da multiplicidade de cada um e das posições contraditórias a que esta multiplicidade subjaz. Sua aceitação do outro não consiste meramente em tolerar as diferenças, mas em celebrá-las positivamente porque admite que, sem alteridade e o outro, nenhuma identidade poderia se afirmar (MOUFFE, p.19 2003).

Neste sentido, essa alegação liberal de um consenso universal, que supõe um entendimento mútuo entre seus pares ou uma discussão pública livre que poderia ser garantido por um Estado neutro, imparcial, de acordo com Mouffe (1996) só é possível quando se exclui os antagonismos nas relações sociais, ou seja, não considera as divergências e as particularidades dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como proposta, analisar a experiência da participação popular como sujeitos no controle e na fiscalização das ações tomadas pelo Estado e, sobretudo, a presença da mesma na esfera pública.

Apesar de todos os esforços da participação popular nas tomadas de decisões com as esferas públicas, em específico, no Conselho Municipal de Saúde, notamos aspectos que dificultam o sucesso correspondente da inclusão. Um deles, destacado ao longo desta pesquisa, é a linguagem técnica que torna um elemento que afasta e inibe qualquer atitude daqueles que não possuem conhecimento técnico.

Os detentores deste saber intimidam através do seu conhecimento qualquer forma de questionamento, obtendo em seus momentos de fala, silêncio ou respeito¹⁰ por outros membros do conselho.

De acordo com a análise de Souza (2008), “em vários momentos da fala dos usuários não havia interlocução registrada quanto aos que eles colocavam, ou havia respostas que se utilizavam do jargão técnico científico ou político-administrativo como discursos¹¹” (SOUZA, 2008, p. 183).

Apesar da maioria dos conselheiros entenderem o papel da instituição e terem participado de cursos de capacitação, não conseguem impedir que a superioridade e supremacia técnica nas tomadas de decisão por parte dos profissionais e gestores inibem o processo participatório (SOUZA, 2008). Um dos representantes dos usuários observou que, a participação em capacitação, deveria focar mais em procedimentos da própria Secretaria de Saúde.

Na maioria das vezes, questionamentos dos usuários são encarados como brigas pessoais ou interesses

¹⁰ Ressalto palavra “respeito” no sentido de admiração pelo detentor do conhecimento técnico.

¹¹ Os representantes dos usuários do SUS e demais membros do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara tem dificuldade em entender questões de recursos financeiros, como os orçamentos, custos, tabelas.

partidários levando ao descontentamento da participação. O sentimento deles é que o Executivo não trata o conselho com a seriedade necessária.

A grande maioria dos conselheiros entende o sentido do Conselho Municipal na sua atividade em fiscalizar e controlar. Todavia, a visão dos gestores, ainda se situa na definição do Conselho em ser apenas um fórum para debater os problemas relacionados à saúde.¹²

Em relação às pautas tratadas nas reuniões, elas são enviadas, em algumas ocasiões, com tratamento de urgência ou pautas que são levadas prontas, sem considerar um amplo debate referente ao tema, tornando-se assim, um lugar apenas para votação das decisões do Executivo. Como por exemplo, na reunião para a formulação do regimento interno para a realização da X Conferência Municipal de Saúde, este já veio pronto (sem o debate conjunto do próprio conselho) só foi exposto para sofrer modificações, posteriormente, por parte do coletivo.

Em nível de participação popular, os conselheiros não conseguem dedicar-se nos materiais propostos via e-mail, anteriormente as reuniões. Contudo, este método dificulta a participação e o amplo diálogo porque aqueles que não leram os documentos antes, devido a inúmeros fatores, não participam do debate e, conseqüentemente vão embora.

Em relação à parte técnica, os gestores e profissionais de saúde de determinados segmentos do município não aparecem e enviam representantes despreparados com as pautas das reuniões.

Nesta perspectiva, deve-se atentar a estes fatores para que o conselho não se torne apenas um “instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município, como uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela Secretária Municipal de Saúde” (COTTA; MARTINS; BATISTA, et al., 2010).

Essa análise permitiu compreender como é dada a participação de distintos agentes sociais em um canal de tomada de decisão do setor público referindo a Habermas, um canal institucionalizado. A dinâmica de um Conselho de Saúde reflete os pressupostos desse autor que se baseia a participação popular através da normatividade e da racionalidade em busca de um consenso.

Contudo, vimos em Chantal Mouffe que consenso gera exclusão porque não se leva em conta as variáveis que impedem uma participação realmente efetiva, Bourdieu demonstra isso claramente quando aponta as desigualdades sociais e as influências do poder, principalmente nos aspectos simbólicos de dominação e na comunicação. Por mais paritário que o conselho seja em busca da representatividade de segmentos da sociedade isso não impede a erradicação de influências de poder.

Isso não quer dizer que não seja importante a inclusão democrática dos atores sociais, mas que essa inclusão vise à participação realmente efetiva dos cidadãos, Mouffe contribui propondo uma valorização dos conflitos e dos dissensos como modo de alterar a dinâmica dessa estrutura, um novo modo de se pensar.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996

_____. **Meditações Pascalianas**. Tradução Sergio Miceli. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2001, 324 p.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. Tradução Sérgio Miceli. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BENJAMIN, C.C. **Família, sociedade civil e estado na filosofia do direito de Hegel**. Educação e filosofia – v - n°, 27/28/ jan./jun e jul/dez. 2000, p. 88-111.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde**. Brasília: 2002, p. 165.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 31

¹²Cabe destacar que esta informação foi captada de acordo com o item 26 do questionário exposto, em que os 4 gestores assinalaram a referência do CMS como fórum para debater os problemas relacionados à saúde do município.

dez. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm> Acesso 20 Mar. 2015.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

CAPELLE, M. C. A.; MELO, M. C.; BRITO, Mozar José de. **Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações**. Organizações Rurais & Agroindustriais, Lavras: v. 7, n. 3, 2005, p. 356-369.

MOUFFE, C. **Democracia, cidadania e a questão do pluralismo**. Revista Política e Sociedade. n° 03. Outubro de 2003.

_____. 1996. **O Regresso do Político**. Lisboa. Gradiva

_____. 2015. **Sobre o político**. São Paulo. WMF MartinsFontes

FUCKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; RIBEIRO, E. A. **Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba**. Rev. Sociologia e Política, n° 21, Curitiba: Nov. 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Disponível em: <http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfísica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf> Acesso em: 20/05/2015.

GAZETA, A. P. **Democracia e Participação Social: A Experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no Interior de São Paulo** (Dissertação de Mestrado), UNICAMP, Ago/2005.

GIORDANI, R. L. **As relações de poder exercida através do discurso**. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/giordani-rosselane-as-relacoes-de-poder-exercidas-atraves-do-discurso.pdf>. Acesso em: 05/09/2015.

HABERMAS, J. **Direito e Democracia entre facticidade validade**. Tempo Brasileiro 2ª edição. Volume II, Rio de Janeiro: 2003.

JACOBI, P.R. **Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina**. Ciênc. saúde coletiva, vol.7, no. 3, São Paulo: 2002.

JARDIM, M. C. **Entre a Solidariedade e o risco: Sindicatos e fundos de pensão em tempos de governo Lula** (Tese de Doutorado). UFSCAR, São Carlos: 2007

KRITSCH, R. **Esfera pública e Sociedade Civil na teoria política habermasiana**. Rev. Brasileira de Ciência Política, n°3, Brasília: Janeiro a Julho de 2010, p. 317-342.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. St. Aubyn de. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde**. Rev. Ciênc. saúde coletiva vol.7, no. 3, São Paulo: 2002.

LIMA, D. M.O. **Campo do poder, segundo Pierre Bourdieu**. Cógito. Vol.11. Salvador: Out. 2010.

LIMA, J.C. **Histórias das lutas sociais por saúde no Brasil**. n° 33, 2006. Disponível em: <<http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/lutassocias.pdf>> Acesso em: 04/05/2015.

LUBENOW, J. A. **Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas: modelo teórico e discursos críticos**. Kriterion, Belo Horizonte , v. 51, n. 121, p. 227-258, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2010000100012&lng=en&nrm=iso>. > Acesso em:

7 ago. 2018.

MARINHO, E. R.. **As relações e poder segundo Michel Foucault**. Rev. Facitec, v. 2, n° 2. Dez/2008.

PINHEIRO, R. **A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana)** Rap. Rio de Janeiro: Set./Out. 1996.

RAMOS, M. F. et. al. **Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão**. Rev. Saúde Soc. São Paulo: v. 21, supl. 3, p. 61-70, 2012.

RIBEIRO, L. **Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde**. Cad. Saúde Pública vol. 5, no. 3, Rio de Janeiro: Jul./Set. 1989.

SALIBA, N. Adas. et. al. **Conselho de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde**. Rap — Rio de Janeiro: 43(6), 1369-1378, Nov./Dez. 2009.

SANTOS, M. A. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. Rev. Katál, Florianópolis: v. 16, n. 2, p. 233-240, Jul./Dez. 2013.

SOUZA, A.C. **Democracia, Participação e Representação: os espaços deliberativos no Brasil: A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara (2001-2007)**. (Dissertação de mestrado). UNESP – Araraquara: Maio 2008.

WEBER, M. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva**. V. 2. UnB, São Paulo: 2004.