

O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil

Dialogue and participation in a local health council in the State of Santa Catarina, Brazil

Águeda Wendhausen ¹
Sandra Caponi ²

¹ Universidade do Vale do Itajaí. C. P. 551, Itajaí, SC 88301-970, Brasil.
aguejor@matrix.com.br
² Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. C. P. 476, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.

Abstract *Although we are accustomed to believing that dialogue must involve participation, actual practice shows that it can occur in different ways. In this study, conducted in a municipal health council in the State of Santa Catarina, Brazil, the discursive mechanisms and strategies that appear as “obstacles” to this dialogue were analyzed, based on the minutes from 39 council meetings. Dialogue remained absent even though the council was intended as a forum for participation. Among the strategies, certain expressions which Umberto Eco refers to as “hypercodifications” were identified. Such expressions apparently act to block any debate in the council. The hypercodifications identified in this study were expressions of technical, administrative, and political jargon. Through these discursive strategies, the authors observed that language is used as a ruse, closing off possibilities for democratic interlocution, effectively cutting off dialogue. Thus, there is little transitivity in the power wielded by various segments in the council, which ended up concentrating primarily in the government sector.*

Key words *Consumer Participation; Health Policy; Health Planning Councils*

Resumo *Ainda que costumemos acreditar que participação implica necessariamente em diálogo, a prática concreta nos mostra que seus caminhos podem ser divergentes. Neste estudo, realizado em um Conselho de Saúde de um município catarinense foram analisados, a partir de 39 atas de reuniões, os mecanismos e estratégias discursivas que aparecem como “obstrutores” do diálogo, que como constatamos, permanece ausente apesar de se tratar de uma instância participativa. Dentre essas estratégias foram isoladas algumas expressões que Umberto Eco chamou de “hipercodificações”, cuja função no conselho parece ser a de fechar qualquer debate. As hipercodificações encontradas foram expressões do jargão técnico, administrativo e político. Mediante essas estratégias discursivas utilizadas, observamos que a linguagem é usada como um ardil que fecha as possibilidades de interlocução democrática, truncando o diálogo. Desse modo, há pouca transitividade nos poderes dos diversos segmentos no conselho estudado, os quais acabam se concentrando principalmente no segmento governamental.*

Palavras-chave *Participação Comunitária; Política de Saúde; Conselhos de Planejamento em Saúde*

Introdução

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

Naquele momento, o “controle social” foi considerado como uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma.

Esse “*controle social*” é entendido como a participação do usuário no controle e avaliação das políticas e ações de saúde. Em 1991, é sancionada a Lei nº 8.142/90 (MS, 1998), que prevê a formação dos conselhos federal, estaduais e municipais de saúde, e a realização periódica de conferências, também nesses três níveis.

Os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde. Em sua composição deve haver paridade entre o número de usuários, presentes no conselho, e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho são usuários e os demais segmentos seriam distribuídos entre os 50% restantes – representantes governamentais, do serviço privado e dos profissionais de saúde (MS, 1998). Segundo Correia (2000), dentre os 5.506 municípios brasileiros, 5.201 formaram seus conselhos em todos os 27 estados brasileiros.

Entretanto, considerando que as transformações se concretizam, de fato, nas práticas e saberes possíveis a um determinado momento político, passados catorze anos da 8ª Conferência, faz-se necessário olhar de forma perspectiva e histórica para os diversos discursos que ali se produziram, percebendo os limites e possibilidades que se configuram, a partir das práticas que se impuseram ao longo desses anos.

Enquanto participante do Conselho de Saúde no município em que residia, uma das pesquisadoras vislumbrava problemas para a efetivação da participação neste espaço. Além disso, alguns estudos como os de Gerschman (1995), Dallari et al. (1996), Ramos (1996), ABRASCO (1993), Cortes (1998) e um estudo empreendido por uma das autoras (Wendhausen et al., 2001), também identificavam problemas para efetivação da participação nos conselhos.

Paralelamente, do contato com os escritos de Foucault, abriu-se uma perspectiva de aná-

lise que me pareceu proveitosa, pois sua base teórica, permitia uma apreciação das relações de poder/saber que permeiam os diversos segmentos envolvidos na participação popular em saúde. Tal análise teria que, em princípio, abdicar de uma estratégia de análise descendente, que vai do macro ao micro, considerando o “Estado Moderno” como única matriz de exercício de poder sobre os indivíduos. Deveríamos assim, privilegiar o nível molecular de exercício do poder, e dele partir para compreender a rede de poderes que sustenta e se relaciona com o nível mais geral de poder constituído pelo aparelho de Estado.

Desde esse ponto de vista, a análise das relações de poder num Conselho de Saúde permitiria um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, quais seus pontos de inflexão, que tipo de resistências podem ali ser encontrados, qual é a topografia (localização) dos atores que lá atuam. Suas práticas de participação podem concorrer para a democratização das relações ou, ao contrário, serem um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

Nesse sentido, empreendemos uma pesquisa buscando mostrar a cotidianidade de um conselho através da análise das relações discursivas e extra-discursivas que operam suas práticas, tentando pensá-lo ao mesmo tempo como espaço de participação e diálogo, mas também, como instância de exercício de poder.

O presente artigo é um recorte desta pesquisa e foi elaborado a partir das atas de um Conselho Municipal de Saúde catarinense, pois percebemos ali que a linguagem era um forte componente da rede de poder, no sentido de aumentar ou, na ausência, de diminuir a possibilidade de governo (poder) de uns conselheiros sobre os outros.

Procedimentos metodológicos: a construção do *corpus* de análise

A cidade catarinense, objeto do estudo, contabilizava no último censo (1996), uma população de 134.799 habitantes. A implantação do Conselho Municipal de Saúde se deu em 1992. Entretanto, há aproximadamente quatro anos, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) vinha funcionando, em caráter consultivo, nos moldes preconizados pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Desde sua implantação, em 92, o Conselho de Saúde constituiu-se de 18 membros e seus respectivos suplentes. Destes, nove representavam os *usuários*, quatro o *governo*, dois os

serviços privados vinculados ao SUS e três os profissionais de saúde. Atualmente as reuniões são mensais.

A construção do *corpus* se deu a partir de dados que revelassem as práticas deste conselho. Assim, tomamo-lo como uma máquina ou um dispositivo no sentido foucaultiano, ou seja, como um aparelho heterogêneo que reúne práticas discursivas e não-discursivas. O discurso aqui foi tomado a partir da compreensão de Foucault (1996:8-9), de que *“em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos”*.

O objetivo foi, pois, captar os procedimentos de poder/resistência que no conselho, fizeram com que determinados discursos fossem possíveis e outros não. Os elementos de análise foram: *atas* (em número de 39, correspondendo a duas gestões); *entrevistas* com conselheiros que fizeram parte das gestões analisadas; *a participação de uma das autoras como conselheira* e ainda, a *lei de implantação* do referido conselho e o respectivo *regimento e leis federais de regulamentação dos conselhos*.

O recorte deste artigo recai sobre a análise das atas, as quais foram inicialmente classificadas em subcategorias e categorias. As categorias finais foram as seguintes: *Dizeres; Embates; Propostas; Decisões*.

A partir da categorização das atas recorremos, ainda, a outra forma de análise dos discursos, pois ali verificamos que a linguagem era um forte componente do dispositivo de poder. Utilizamos, assim, o que alguns autores concebem como *hipercodificação ideológica*.

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

Em nosso estudo utilizamos um tipo particular de hipercodificação que é a ideológica. Ela acontece quando a utilização da extra-codificação, em que à regra anterior o indivíduo propõe uma regra aditiva, leva a uma visão do

mundo parcial e desconexa. O discurso ideológico ocultaria as diversas opções de interpretação, e para consegui-lo empenha-se num jogo cerrado de comutações de código e de hipercodificações indiscutíveis. Em suma: a hipercodificação ideológica reduz a possibilidade de interpretação sógnica, por ocultar a parte contraditória do espaço semântico a que se refere (Eco, 1997).

Utilizando esse referencial, localizamos nas atas/categorias vários momentos em que falas produziam efeitos de hipercodificação ideológica, seja pelo silenciamento ou por um determinado impacto que uma expressão pode produzir, optando por dar-lhes um tratamento, através da ajuda deste instrumento. Percebemos a utilização corrente de determinados jargões, comuns da área administrativa, médica ou política, que quando apareciam, suscitavam um tipo de reação à platéia, como fazê-la silenciar, por exemplo.

Após realizarmos o inventário dessas expressões, procuramos analisá-las observando seu papel no estabelecimento (ou não) do diálogo entre os conselheiros dos diversos segmentos.

Os discursos presentes no conselho: o que se cala e o que se fala no conselho

De modo geral, os trinta conselheiros que levantamos, encontram-se numa faixa etária entre 30 e 50 anos e há equidade na distribuição de representantes do sexo masculino e feminino. O perfil dos conselheiros, no que se refere à escolaridade acaba tendo uma relação direta com a possibilidade de fala dentro do conselho estudado, ou seja, de em determinado contexto fazer calar, ou ao contrário, fazer falar. Os conselheiros com terceiro grau completo se concentram totalmente no segmento governamental, no dos representantes de serviços privados e no dos profissionais de saúde. Desses, a maioria tem a profissão ligada à área da saúde – são médicos (4), enfermeiros (2), farmacêutico (1) e engenheiro sanitário (1). No segmento dos usuários, a maioria possui o primeiro grau incompleto e apenas um possui terceiro grau, somente dois são da área da saúde.

Considerando que o conselho foi criado tendo como princípio a participação efetiva de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, fica difícil pensar que isso possa ocorrer, com facilidade, diante da diferença de preparo entre o segmento dos usuários e dos demais. Esse preparo influi na lin-

guagem e nas possibilidades de interlocução entre os segmentos que compõem o conselho.

Diante do técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista, pois como lembra Chauí (1993:11) “*a condição para o prestígio e para a eficácia da competência como discurso do conhecimento, depende da afirmação tácita e da aceitação tácita da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos*”. Isso fica patente nos registros do conselho, quando em quase todos os momentos de fala dos usuários registrados em ata, havia dois tipos de respostas (a) não havia interlocução (pelo menos registrada) em relação ao que era por eles colocado. (b) respostas que utilizam fortemente o jargão técnico-científico ou político-administrativo, de modo que é o próprio discurso competente que coloca o outro no lugar do silêncio. Por exemplo, em uma das reuniões, um conselheiro usuário *pergunta se a Secretaria de Saúde teria condições de fornecer um balancete que todos pudessem compreender*, e ouve como resposta do presidente do conselho que *esta é a maneira correta e legal* (daqui em diante destacaremos os termos hipercodificados com negrito e itálico), *cabendo ao conselho avalizá-la e ao tribunal de contas aprovar ou não estas contas*. O termo *maneira correta e legal* tem a conotação, neste contexto, de que não há mais nada que o conselheiro possa fazer. O termo foi utilizado no intuito de silenciar a plenária. E foi o que aconteceu pois, após essa colocação pelo Presidente do conselho, não há réplica do representante que questionara ou de qualquer outra pessoa registrada em ata.

A categoria *Dizeres* foi a que apresentou maior número de falas nas atas analisadas, com 125 registros ao todo. Para exemplificar, em uma de suas subcategorias denominada *comunicações*: são *28 falas do presidente do conselho e 17 de outros conselheiros* ou falas impessoais. Em outra subcategoria denominada *esclarecimentos*, temos *33 registros de falas do presidente e 20 de outros representantes governamentais* (somando 53, ou seja 62.5% das falas concentradas no segmento governamental) e *17 registros dos outros segmentos* (10 do segmento dos representantes dos serviços privados).

Esses dados mostram que há um largo predomínio das falas do governo em relação aos demais segmentos, cujos conteúdos, em sua maioria são relativos a trabalhos realizados pela Secretaria de Saúde. Evidencia-se, ainda, que essas falas são, em grande parte, dos presidentes que comandam o conselho, nas duas gestões analisadas. A localização de grande quan-

tidade de *termos hipercodificados*, nessa categoria, acabou por confirmar essa tendência, já que quase todos dizem respeito a explicações prestadas pelos representantes do governo aos demais conselheiros.

Após levantar os termos hipercodificados constatamos que são, em grande parte, próprios do segmento governamental ou técnico, sendo geralmente esclarecimentos que se valem de uma explicação apoiada na questão político-administrativa, e utilizam termos como por exemplo, *benefícios para as áreas sociais, perfil da comunidade, população desassistida, voto de confiança*.

Abaixo fazemos algumas análises do uso dessas hipercodificações que, como veremos, funcionam como um silenciamento para determinados conselheiros, especialmente os usuários.

Em determinado momento da segunda gestão do conselho, quando houve troca da secretária eleita pelo conselho por uma *indicada* pela Prefeitura, a explicação para o fato foi de que esta era uma *questão técnico-operacional*. Nessa mesma reunião, o Secretário da Saúde explica que *a troca de nomes de alguns conselheiros pelos indicados pela Prefeitura foi devido à nova administração*.

Em outro momento numa reunião, os representantes dos prestadores de serviço, ao argumentar pela diminuição do tempo de visitação aos doentes (discussão polêmica que rendeu longos debates no Conselho e fora dele) se referem ao hospital local como uma instituição em que *transitam mais de mil pessoas por dia e que necessita regras de funcionamento e da implantação de crachás, razões que inviabilizariam a permanência da visitação diária aos pacientes hospitalizados*.

Outro momento em que a hipercodificação foi utilizada para silenciar o conselho, se deu por várias vezes na apreciação das contas do Fundo Municipal de Saúde. Explico. No momento em que as contas passavam pelo conselho, sempre havia uma solicitação de urgência *devido aos prazos governamentais* e era, então solicitado, um *voto de confiança* dos conselheiros em relação às contas para que fossem aprovadas imediatamente sem que, de fato, fossem verificadas adequadamente.

Chama atenção o fato de que na quase totalidade dos casos aqui analisados, à explicação segue-se um *silêncio* por parte da plenária – pelo menos não há nenhum registro em ata. Não obstante, inúmeras vezes a explicação não tenha nenhum argumento razoável para que se diga aquilo ou tome determinada atitude. Isso fica claro com relação aos crachás inviabilizarem a visitação diária no hospital. Será que não

haveria crachá para todos os visitantes, como a primeira vista se poderia pensar? A questão parece ser outra, ou seja, mediante esta linguagem e especificamente determinados termos contudentes, carregados de sentido ideológico, se conseguia o silêncio da maioria dos conselheiros.

Se levarmos em conta, ainda, que além de *Secretário de Saúde do Município*, o presidente desses conselhos em muitos casos é um *médico* (como no caso estudado), isso poderia aumentar ainda mais esse *monólogo* do governo com os demais participantes, pois se considerarmos o lugar de autoridade que ocupa esse profissional, sua fala tende a soar como a palavra final, em muitos assuntos para os quais seria necessário o diálogo. O uso de termos hipercodificados 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.

Tomando aqui o critério da paridade como parâmetro, poderíamos inferir que apesar dos usuários juntamente com os demais segmentos ocuparem grande parte dos assentos – algo em torno de 80%, no conselho estudado – eles têm “pouco a dizer”. O que se constata aí é a velha prática de técnicos falando para leigos, ou o que poderia ser pior, o uso instrumental de um espaço que se pretendia “democrático”, para legitimar ações governamentais e não para “controlá-las” e avaliá-las, como seria a proposta de papel para os conselhos.

Considerando que o uso do discurso competente neste conselho provocava um silêncio em torno da participação, principalmente dos usuários, podemos pensá-lo como um *silenciamento*, no sentido colocado por Orlandi (1995: 55), de que “*como o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito – ao dizer, ele estará necessariamente, não dizendo ‘outros’ sentidos*”. Em sua obra *As Formas do Silêncio no Movimento dos Sentidos*, Orlandi (1995), diferencia dois tipos básicos de silêncio: o *silêncio fundante*, aquele que é inerente a todo discurso, isto é, todo o processo de significação traz uma relação necessária ao silêncio, e o *silenciamento ou política do silêncio*. A diferença entre o silêncio fundante e a política do silêncio é que a política do silêncio produz um recorte entre o que se diz e o que não se diz, enquanto o silêncio fundador não estabelece nenhuma divisão: ele significa em (por) si mesmo.

Entendemos pois que no conselho estudado o que acontecia era um *silenciamento* daquilo que não poderia ou deveria ser dito e que,

como vimos, esteve relacionado, inúmeras vezes, ao uso dessas *hipercodificações ideológicas*, advindas do jargão técnico-administrativo.

Mesmo diante dessa tendência de fixação das relações poder, sustentada por mecanismos de micropoder que reforçam a dissimetria, *as resistências*, como não poderia deixar de ser, estão presentes. Porém, sua expressão, um tanto desarticulada, indica que o mecanismo é tão ajustado a ponto, mesmo, de neutralizá-la como contra-poder em certos momentos.

Trazemos para esta análise uma amostra de dois momentos que apareceram na categoria *Embates*, nos quais a hipercodificação ideológica aparece como um mecanismo do exercício do poder. Nesses momentos os termos hipercodificados se distribuem melhor entre o segmento governamental e representantes usuários/profissionais de saúde, evidenciando a presença dessas resistências.

O primeiro momento de confronto foi quando da aprovação do primeiro plano de saúde pelo conselho, na primeira gestão. De um lado havia manifestações no sentido de aumentar o número de reuniões, esgotando as dúvidas e discussões e, de outro, a necessidade de agilização do processo de planificação. O plano havia sido elaborado por técnicos da Secretaria de Saúde, e agora estava sendo apresentado aos conselheiros para que dessem seu aval.

Entendemos que a participação se faz mediante determinado tempo para tomada de decisões, necessária para que todos fiquem cientes e optem por uma ou outra proposta. Nas reuniões parecia haver tensão entre o tempo necessário para eleger uma proposta, e a “solicitada e constante” urgência (eficácia) para tomada de decisões, principalmente por parte do segmento governamental. Os paradoxos estão ali para mostrar essa tensão: é um *plano aberto* (hipercodificação ideológica, que pode significar que a qualquer momento possa ser alterado, por qualquer membro do conselho) como disse um representante do governo, mas, contrariamente, o conselho tem um tempo exíguo para compreendê-lo, formar e emitir opiniões e sugestões, o que significa que esta abertura pode ser bastante restrita. Considerando que eram as primeiras reuniões do conselho, imagine-se as dificuldades dos leigos e mesmo dos profissionais em analisar um plano de saúde para um município de quase 140 mil habitantes. O conselho, segundo solicitação do presidente, deveria aprová-lo em duas reuniões.

Um representante dos profissionais de saúde, mediante a sugestão do presidente de que se formasse uma equipe técnica para análise mais acurada do plano, reagiu dizendo que so-

mos trabalhadores e não temos tempo disponível para montar equipe de estudo, devendo a equipe técnica ficar à disposição dos conselheiros. Observamos que o termo *somos trabalhadores* encontra-se aí hipercodificado, podendo expressar a diferenciação que o representante queria fazer entre os conselheiros que representam o governo – “os outros” que não pertencem à mesma categoria que “nós”, os trabalhadores. Talvez, a utilização desse termo, no caso, tenha sido, mais do que tratar especificamente do problema da participação, a de obter um efeito tal que colocasse os conselheiros do segmento governamental distantes daquilo que os demais membros do conselho podem e querem, como se esses últimos não fizessem realmente parte, como se não pertencessem ao conselho. Essa “disjunção” entre o governo e os demais conselheiros também foi constatada em outro trabalho, realizado por uma das autoras deste estudo (Wendhausen et al., 2001), onde, de modo recorrente, os entrevistados designavam os representantes do governo de “eles” e os demais de “nós”.

O segundo momento se dá na 38ª Reunião (segunda gestão), que marca o retorno do Presidente do conselho (Secretário da Saúde) após uma viagem a Cuba. No início da reunião, o Presidente diz que tem a planilha de custos dos prestadores em mãos mas que *não a colocará à disposição dos conselheiros por questões éticas.* Nesse momento, a secretária que redigiu as atas, identifica “polêmica” na plenária. Alguém manifesta que não concorda com a colocação, dizendo *que o conselho é ético e seu papel é fiscalizar.*

Mais adiante, na mesma reunião, um grupo de três conselheiros que tinham sido nomeados pelo conselho para auditar as contas do Fundo Municipal de Saúde, falam sobre os resultados preliminares de sua observação, relatando algumas irregularidades encontradas, dentre elas a ida do Presidente a Cuba a trabalho (utilizando verba do Fundo Municipal de Saúde, sem autorização do conselho). O Presidente tenta se justificar, respondendo a cada uma das irregularidades constatadas e dizendo, finalmente, que ele mesmo *“se auto-auditora”.*

Há questionamentos em relação às justificativas apresentadas pelo Presidente (neste momento respondendo como Secretário) e, por fim, ele reclama que o conselho o está *“encostando na parede”* e que espera que o *“conselho seja ético e que as coisas não vazem”.* Alguém da Plenária diz que *“o conselho é ético e que não abriria...”*, o que é acatado pela plenária.

Nesses dados, emerge uma questão fundamental dentro da prática democrática que é a

da publicidade/privatividade dos atos do conselho. Isso se expressa quando o Presidente diz que se *“auto auditora”*, que espera que *“o conselho seja ético e que as coisas não vazem”.*

As expressões *ético* (utilizada várias vezes nessa reunião) e *auto auditar-se* encontram-se aí hipercodificadas. Auto auditar-se é, em si mesmo um paradoxo, pois auditoria sempre pressupõe uma avaliação de outras pessoas, que não as que executam determinada tarefa, de modo que este ato pressupõe uma certa “publicidade”.

Entretanto, o Presidente não só se auto auditora, como solicita que as coisas não vazem, evocando para isto a *ética dos conselheiros.* O termo *ética* ou *ético* aparece nesses casos somente como manutenção de segredo. Tal sentido é compartilhado pelos demais conselheiros, que acolhem a solicitação confirmando *que “as coisas” não serão levadas adiante.* Ora, se o conselho é um espaço público, item assegurado pelo próprio regimento deste conselho, em sua seção II, parágrafo 5º, como omitir o que ali acontece pode ser considerado ético?

Mas há uma questão ainda mais presente, que inviabilizaria qualquer tentativa de esconder o que ali se passa: o fato do conselho compor-se de representantes. Bobbio (1997), estabelece esse nexos entre o princípio da representação e o caráter público do poder. Representação é uma forma de representar, isto é, um modo de apresentar, de fazer presente, de tornar visível, o que de outra maneira estaria oculto. A representação, portanto, só pode ocorrer na esfera do público. Não parece estar muito claro para os conselheiros, que no conselho estes representam um grupo, para o qual têm que obrigatoriamente prestar contas.

Da mesma forma, também, não há clareza do que seja ser ético num conselho. O conceito que ronda parece ser aquele que se tornou senso comum, de que ser ético é igual a manter segredo. Uma das explicações pode advir do fato de que o médico, o advogado etc., devem manter sigilo em relação a determinadas questões pertinentes aos seus clientes, que vindo a público poderiam prejudicá-los, por exemplo, possuir o vírus HIV. Ao que parece, esse conceito de ética foi transposto a toda e qualquer situação, que vindo a público pode causar escândalo. O termo *ética* encontra-se aqui hipercodificado, de modo que fica oculta a contradição aí presente.

Porém, aqui, a conotação de escândalo é bastante diferenciada. Para Bobbio (1997: 91), um escândalo, nesse caso, *“é o momento em que se torna público um ato ou uma série de atos, até então mantidos em segredo ou ocultos,*

na medida em que não podiam ser tornados públicos pois, caso o fossem, aquele ou aquela série de atos não poderiam ser concretizados". Não é, pois, esse o caso das irregularidades com as contas do Fundo Municipal de Saúde?

A forma com que todos os conselheiros reagiram diante dessa situação, denuncia uma certa forma de pensar compartilhada por todos os conselheiros. Como os conselheiros encaram o espaço do conselho: como público ou como privado? Será que eles são, de fato, representantes?

Se considerarmos o que Arendt (1995) coloca como sendo espaço público – aquele em que não há violência, visto que as relações são simétricas (dialógicas) e a alteridade é bem vinda e necessária para manutenção da democracia –, concluiríamos que o conselho estudado se constitui em um espaço violento, em que não somente há desiguais a priori, como também, suas práticas acabam por reforçar essa desigualdade, como, por exemplo essa, da privatização de um espaço público e da negação do próprio princípio da democracia representativa.

Nesse sentido, a constatação de Pitta (1996), de que a pouca visibilidade pública das pautas e decisões dos conselhos acaba por impossibilitar que esse órgão seja, de fato, uma “caixa de ressonância” das demandas sociais fica carregada de realidade e o seu contrário desponta como solução, isto é, mais visibilidade do conselho por uma parcela maior da sociedade poderia corroborar para o aumento da democracia no conselho.

Considerações finais

A relação assimétrica entre os conselheiros usuários e os demais representantes, é um dos aspectos que denuncia o uso de uma estratégia de silenciamento, através de discursos considerados “verdadeiros” ou “autorizados”, principalmente pelo segmento governamental, que reforça seu poder.

A demarcação de lugares dos conselheiros, em determinados espaços de poder/saber expõe um jogo (uma rede) que coloca, principalmente a representação dos usuários, num lugar de silenciamento, no qual sua “verdade” nunca (ou quase nunca) pode ser pronunciada. Esse silenciamento é possível graças ao uso de algumas estratégias que o dispositivo permite, dentre elas, o uso de determinada linguagem extra codificada que tende a impossibilitar uma reação por parte dos que não possuem o seu domínio ou temem explicitá-la. A consequência é

uma circunscrição dos sujeitos em espaços demarcados a partir dos quais já há, *a priori*, uma expectativa do que deve e pode ser dito.

Depreende-se daí que há uma tendência geral, neste conselho, de valorização apenas do “discurso competente”, seja ele pronunciado pelos que detêm a autoridade hierárquica ou pelos que têm um saber instituído, ainda que falem em nome do usuário.

Pode-se constatar, pois, de modo geral, o caráter monológico presente nas relações do conselho estudado. O tipo de relações que ali se estabeleceram praticamente não têm permitido a existência do diálogo, aspecto fundamental, que nasce com a idéia mesma dos conselhos, concebidos como um órgão público que representa o conjunto dos setores sociais, que prestam e recebem ações de saúde.

O diálogo pertence à esfera pública, que os gregos consideravam a esfera da liberdade, pressupõe seres humanos iguais, mas que podem possuir pontos de vista diferentes, pois somente através do confronto de posições, de pontos de vista diversos, é que podem surgir opiniões verdadeiras (Caponi, 1996).

Esses pontos de reflexão impõem-nos uma retomada da ética. Ética que nos faz resgatar essas situações cotidianas, aparentemente banais, como a da falta de diálogo neste conselho, mas em cujo espaço vão se repetindo pequenas violências, que apequenam cada vez mais o que temos de humano, impondo um “*ethos*” que nos leva apenas ao comportamento, que nos condena à massificação, que nos retira o agir, que é propriamente o que nos diferencia como humanos.

Diante dessa constatação, pensamos que é preciso retomar e atentar para a importância da participação em todos os níveis do sistema de saúde, não somente em nível coletivo e em instâncias representativas, mas de forma mais direta nos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, faz-se necessária uma mudança de atitude daqueles que trabalham nestes serviços, estimulando o usuário a conhecer mais sobre a temática da saúde relacionando-a a seus direitos, a partir de sua própria experiência vivenciada enquanto cliente. Aqui cabe atentar para o uso da linguagem em relações que se pretendam dialógicas, a fim de que se tornem um canal e não obstáculo para que os usuários possam exercer o poder.

As resistências, presentes no conselho estudado estão aí para nos dizer que há brechas no sistema de poder, mas é preciso fortalecê-las, descobrir estratégias, criar táticas, a partir mesmo de onde provêm, dos usuários e profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, é também através do diálogo e só nesse âmbito, que o que é público pode ser apropriado pelo público e, portanto tornar-se ético. No caso estudado parece não haver, por parte dos conselheiros, uma clareza da dimensão que poderia ter a ética em suas práticas.

Talvez o grande termo hipercodificado no conselho estudado seja a “participação”. As reuniões, a discussão, a votação, as atas, a pre-

sença das pessoas, a existência de um conselho, tudo isso comprova que temos a “participação popular”. Porém, ao analisá-la de perto, o que constatamos é um grande silêncio em torno da “participação”. Silêncio que se converte em silenciamento daquilo que se contrapõe a essa verdade, denunciando o risco de que as práticas de participação que temos podem contrariamente voltar-se contra a democracia.

Referências

- ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), 1993. *Incentivo à Participação Popular e Controle Social em Saúde*. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- ARENDT, H., 1995. *A Condição Humana*. 7ª Ed. São Paulo: Editora Forense.
- BOBBIO, N., 1997. O futuro da democracia uma defesa das regras do jogo. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- CAPONI, S., 1996. La ciencia y la condición humana. *Trans/Form/Ação*, 19:103-114.
- CHAUÍ, M., 1993. *Cultura e Democracia: O Discurso Competente e Outras Falas*. 6ª Ed. São Paulo: Editora Cortez.
- CORREIA, M. V. C., 2000. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CORTES, S. M. V., 1998. Conselhos Municipais de Saúde: Possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3:5-17.
- DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q. & TREWIKOWSKI, S., 1996. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 12:531-540.
- ECO, H., 1997. *Tratado Geral de Semiótica*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva.
- FOUCAULT, M., 1996. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Editora Loyola.
- GERSCHMAN, S., 1995. *A Democracia Inconclusa. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MS (Ministério da Saúde), 1998. *O SUS e o Controle Social. Guia de Referência para Conselheiros Municipais*. Brasília: MS.
- ORLANDI, E. P., 1995. *As Formas do Silêncio no Movimento dos Sentidos*. 3ª Ed. Campinas: Editora Unicamp.
- PITTA, Á. M. R., 1996. Comunicação em saúde: A complexidade dos conceitos e os desafios das práticas. In: *Informação e Comunicação Social em Saúde* (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/Organização Mundial da Saúde – OMS, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 15, pp. 16-22, Brasília: OPAS/OMS.
- RAMOS, C. L., 1996. Conselhos de saúde e controle social. In: *Política de Saúde: O Público e o Privado* (C. Einbenschutz, org.), pp. 329-344, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- WENDHAUSEN, A.; SANTOS, P. F. & PICCOLO, F., 2001. As possibilidades e limitações da participação em um conselho de saúde. *Alcance*, 8:45-53.

Recebido em 21 de março de 2001

Versão final reapresentada em 1 de fevereiro de 2002

Aprovado em 16 de abril de 2002