

Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde

Communication, Information and popular participation in Health Councils

Valdir de Castro Oliveira

Professor Titular do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutor em Ciências da Comunicação pela ECA/USP.

E-mail: valdirco@yahoo.com.br

Resumo

Este trabalho discute a participação popular nos conselhos de saúde e o papel da comunicação e da informação nesse processo procurando entender de que maneira diferentes atores sociais ali presentes agem e interagem com o objetivo de deliberar, fiscalizar e interferir no funcionamento do Sistema Único de Saúde. A nossa hipótese é a de que as relações sociais assimétricas ali presentes determinam os alcances e os limites comunicacionais e informacionais dificultando a participação popular e, simultaneamente, o exercício do controle público.

Palavras-chave: Comunicação; Participação popular; Conselhos de Saúde

Abstract

This paper aims to discuss the popular participation in health councils and the role of communication and information in this process. Hence, it is able to understand the different sorts of ways that the social actors, which are presented there, act and interact with the objective of deliberate, inspect and interfere in the operation of Sistema Único de Saúde. The hypothesis is that the asymmetric social relationships, which are presented there, determine the reach and the communicational and informational limits, defining and making the popular participation difficult, and, simultaneously, the exercise of public control.

Key Words: Communication; Popular Participation; Health Councils

Comunicação e Participação no Sistema Único de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em garantir a educação, a informação, a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, assim como a livre organização e expressão.

Já a 11ª e a 12ª Conferências de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente, reafirmaram, com mais ênfase e de maneira mais refinada, a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde. Foi assim que a comunicação, na 12ª Conferência, apareceu como um dos dez eixos temáticos ali apresentados e discutidos (Rangel e col., 2004).

Essa ênfase demonstra a importância atribuída à comunicação, à informação e à participação da sociedade na constituição e funcionamento do SUS. No entanto, tanto um conceito quanto outro são pouco problematizados pelos documentos referentes aos eventos citados, deixando apenas claro que são conceitos estratégicos, associados ao imaginário constitutivo da política pública relacionada à participação e à mobilização popular a favor da saúde, tanto em termos individuais quanto coletivos.¹

Observa-se que, possivelmente em consequência dessa falta de problematização, os conceitos de comunicação e informação são definidos muito mais pela perspectiva instrumental e prescritiva do que pela perspectiva dialógica, como seria de supor se levarmos em conta a história e a profunda vocação popular e democrática do SUS.

Analisando os três termos utilizados, comunicação, informação e participação, observaremos que os dois primeiros constituem o horizonte da operacionalização do terceiro termo (participação). Dessa expectativa supõe-se que a comunicação e a informação são entendidas como variáveis que podem interferir nas relações sociais e contribuir para viabilizar os esforços de uma política pública para a saúde, na perspectiva da participação popular. Nesse contexto, a comunicação e a informação são respostas funcionais aos problemas de implementação e funcionamento do sistema de saúde, perspectiva esta que irá incidir também nas variáveis da participação popular.

Isso nos leva a algumas perguntas básicas a respeito da comunicação, da informação e da participação popular nos conselhos de saúde: que tipo de poder e quais rituais se tornam visíveis entre os diversos representantes nos conselhos e de que maneira interferem nos processos comunicacionais e informacionais? De que maneira as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro impedem ou dificultam a participação dos conselheiros? De que maneira as diferenças expressas através da maneira de falar e de articular conceitos e idéias, ou nomear situações, impedem que ocorram situações dialógicas nos conselhos? De que maneira os discursos autorizados e competentes se transformam em uma forma de reiteração de poder sobre os conselheiros-usuários? Qual seria a política de comunicação e de informação mais adequada para que a participação popular nos conselhos não seja um mero ritual homologatório das intenções do pólo institucional ou gestor?

A questão mais importante para responder, pelo menos em parte, as perguntas acima é buscar entender e analisar a dinâmica de funcionamento dos con-

1 Estamos entendendo aqui que a participação social e popular no SUS pode ocorrer através de várias instâncias e programas de saúde, como o Programa de Saúde da Família, as associações comunitárias, sindicais ou outras formas de organização da sociedade civil e política. No entanto, para efeitos deste trabalho, estamos levando em conta apenas a participação dos representantes da sociedade junto aos conselhos municipais de saúde. Consideramos ainda que a participação é uma variável que pode permitir ou possibilitar aos indivíduos ou grupos interferir em projetos políticos, culturais ou sociais, de natureza institucional ou não, visando à mudança de determinadas situações ou de práticas discursivas e sistemas simbólicos da sociedade. Significa que a participação não pode ser entendida apenas como uma variável destinada a promover a integração dos atores sociais nas ações políticas e/ou campanhas cívicas promovidas pelo poder público, mas também nas ações que emergem dos movimentos sociais, comunitários, campanhas de solidariedade, movimentos contra a discriminação ou outras formas de relações sociais caracterizadas pelas estruturas verticais ou assimétricas de poder, mobilizando, segundo José Bernardo Toro e Nísia Maria Duarte (1996), as pessoas, as comunidades ou a sociedade para decidir e agir. Assim, mobilizar, para estes autores, é “convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados”

selhos de saúde, as suas dificuldades, carências e tentativas de respostas aos problemas sentidos no campo da comunicação, da informação e da participação popular e assim entendermos com mais clareza as tendências que apresentam em relação às suas funções. Por exemplo, a respeito das convergências e divergências entre os conselheiros ou da disponibilidade ou não da informação, das assimetrias interpostas nos processos interacionais e da percepção sobre os resultados práticos alcançados pelos conselhos.

Mas isso nos remete para outros tipos de perguntas mais específicas relacionadas com as perguntas anteriores: a maneira como são implementadas as práticas de comunicação e informação nos conselhos, visando a participação popular, dão conta da complexidade que envolve os processos interacionais verificados e desejados nesse campo da saúde? Qual o tipo de prática ou política de comunicação e informação predominante nos conselhos de saúde? Quais são os investimentos nessa área e quais os resultados obtidos com ela? Como o controle público é efetivado e qual o papel da comunicação e da informação nesse processo? ²

Para responder, ainda que parcialmente, a estas perguntas propusemos inicialmente estabelecer algumas questões básicas sobre o significado da comunicação e da informação que nos servirá como ponto de partida para entender a questão da participação nos conselhos municipais de saúde. Para isso, afirmamos, em primeiro lugar, que os conceitos de comunicação e informação não podem ser entendidos à margem do contexto atual em que ocorre a emergência de novas tecnologias comunicacionais e informacionais; em segundo lugar, que eles estão diretamente relacionados

com aquilo que Muniz Sodré chamou de *elites logotécnicas especializadas* (jornalistas, radialistas, publicitários, etc.) que constituem um campo de conhecimento voltado para o gerenciamento e a produção discursiva da sociedade, fazendo com que a mídia, por exemplo, assuma o papel de intelectual coletivo, através dos seus profissionais que se tornam uma elite especializada na retórica elaboradora do discurso público, como uma espécie de *grupo técnico de imaginação*, responsável pela absorção, reelaboração e retransmissão de um imaginário coletivo atuante nas representações sociais (Sodré, 1999, p.244)³.

Não é por outra razão que o Estado, os governos, as instituições sociais, os movimentos sociais e comunitários e as empresas agem com diferentes propósitos, intensidade e resultados em relação ao campo comunicacional e informacional. Cada um busca atuar pedagogicamente ou politicamente para disseminar valores, divulgar informações administrativas ou influenciar a opinião pública, intervir em espaços de conflitos, promover formas de cooperação social, de mobilização, de solidariedade ou de disseminação de ideologias⁴.

Para isso, investem no recrutamento e capacitação de profissionais, setor ou empresas especializadas de comunicação, para promover diferentes estratégias de mobilização e de influência comportamental de seus públicos alvos. Nas empresas privadas, os públicos internos são estimulados a desenvolver e a fortalecer a coesão grupal e identitária, o espírito empreendedor (estímulo à criatividade e espírito de equipe, senso de iniciativa, engajamento, responsabilidade e competência) em nome dos ideais da empresa ou instituição a que estão ligados.

1 Algumas afirmações apresentadas nesse estudo foram baseadas em pesquisa de campo realizada no período de julho de 1999 a dezembro de 2000 junto a quatorze conselhos municipais de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A metodologia foi constituída pela aplicação de questionários, entrevistas abertas realizadas com conselheiros de saúde e através da observação-participante nas plenárias de alguns desses conselhos. O objeto empírico do estudo foram os conselhos de saúde de 14 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte e a principal conclusão a que chegamos foi a de que a maioria dos conselhos é carente de instrumentos e de adequados processos de comunicação e informação, embora os conselheiros apresentem uma clara consciência sobre essas deficiências e concluem pela necessidade de se investir mais e melhor nesse campo. Concluímos ainda que existe grande esforço e preocupação dos conselheiros para que de fato os conselhos funcionem tal como legalmente previsto, apesar das dificuldades por eles apontadas, principalmente em relação à comunicação e à informação. No entanto, o estudo mostrou ainda que, no horizonte dos conselheiros, essas dificuldades não são impossíveis de serem superadas, pois, segundo eles, os conselhos são uma instância em contínuo processo de construção (Oliveira, 2001).

2 Como parte das elites, as elites logotécnicas têm acesso diferenciado a mecanismos geradores de poder, tais como renda, emprego, educação e força repressiva. São as elites que ocupam, em cada estado nacional, sejam posições de controle direto da mídia, sejam as possibilidades de moldar o seu discurso (Sodré, 1999).

3 Sobre o uso estratégico da mídia pelo Estado ou pela política, sugerimos consultar as seguintes obras: *O Estado Sedutor*, de Régis Debray (Vozes, 1994), *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*, de John Thompson (Vozes, 1998) e *Estratégias de Comunicação*, de Adriano Duarte Rodrigues (Lisboa, Ed. Presença, 1990).

Já para os públicos externos, as estratégias de comunicação se tornam vitais e são voltadas tanto para influenciar diretamente estes públicos quanto para interferir na agenda do campo midiático, estratégias estas desenvolvidas por profissionais da comunicação, sendo que muitos são recrutados no próprio campo midiático por serem detentores de credibilidade no campo ou pelo profundo conhecimento acerca de seu funcionamento.

Assim é que tanto a comunicação quanto a informação assumiram esse papel estratégico e instrumental como mecanismos de interação, geração e transmissão de informação visando à integração, participação, legitimação ou à instituição de novas práticas e comportamento sociais. É a isso que se refere Alberto Melucci quando afirma que a “cada vez que em torno a um fenômeno social se desenvolve uma retórica e uma mitologia, estamos diante de processos que contêm respostas potenciais às necessidades humanas, mas que também indicam o aparecimento de novas formas de poder” (*apud* Gohn, 2000).

A questão que se coloca é a de que, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico, os paradigmas da comunicação e da informação utilizados continuam, em grande parte, atrelados ao modelo instrumental de comunicação, o que tem inibido a aplicação e a busca de teorias comunicacionais mais dialógicas e problematizadoras das interações para a vida social.⁵ No universo midiático, predomina a busca dos efeitos derivados dos modelos funcionalistas de comunicação e, nas políticas públicas, prevalece a busca e a proposição de técnicas comunicacionais visando atingir determinados objetivos definidos por um dos pólos da relação comunicacional, como o gestor, o governo, as instituições públicas e privadas. Assim, a preocupação básica que norteia esse tipo de modelo de comunicação e de informação é a de se obter o máximo de rendimento na transmissão das mensagens para determinados públicos e limitando as possibilidades de negociação dos sentidos⁶, ou seja, da dimensão de

alteridade que deveria acompanhar o conceito de comunicação.

No caso da saúde, esta questão está relacionada ao tipo de discurso que ali predomina, ou seja, o de uma fala central especializada e autorizada proferida por quem tem o poder de dizer e de interpelar os atores sociais, prescrevendo nossos modos de adoecer, morrer e cuidar da saúde, seja na perspectiva individual ou coletiva. No caso do discurso sobre a participação popular, o que se observa é que a comunicação e a informação enfatizam técnicas prescritivas e convocatórias, para que determinados segmentos sociais se mobilizem para atender ou responder às ações do discurso institucional, ou seja, pelo discurso competente, para usar uma expressão de Marilena Chaui (Chauí, 1981).

Nesse contexto, o papel da comunicação, nada mais é do que uma variável responsável para criar um clima favorável à recepção das mensagens ou informações, definidas como relevantes pelo pólo emissor.

Com isso, levantamos aqui a necessidade de se buscar entender melhor o que entendemos por comunicação e por informação, pois ambas são variáveis determinantes para definir a natureza, os alcances e os limites da participação popular. Afirmamos que elas não significam, necessariamente, a mesma coisa. De forma bastante sumária, podemos dizer que a comunicação e a informação podem ser, em alguns momentos, dois conceitos perfeitamente convergentes. Mas, em outros momentos, eles se mostram radicalmente divergentes. Isso dependerá do viés com que definimos uma coisa e outra.

Para Gabriel Cohn, a informação deve ser entendida como uma matéria que envolve “um processo *seletivo*, comandado pela disjuntiva *ou*” cuja “orientação básica é no sentido da *inclusão/exclusão*”. Acrescenta que a forma característica da informação nesse processo “é a do *sistema*, vale dizer, de entidades capazes de construir e manter fronteiras em relação ao que lhe é externo” (Cohn, 2001).

5 Alguns autores constatarem que existem poucos estudos que discutem os universos do cotidiano social, cultural e simbólico das populações que não integram os núcleos de poder da sociedade ou que deles são vítimas. Entre alguns estudiosos que vão se dedicar a retirar esse tema do limbo teórico estão Michel de Certeau com sua obra *A Invenção do Cotidiano* (Editora Vozes, 1994), Jesús Martins-Barbero, com o livro *Dos Meios às Mediações: Comunicação, Cultura e Hegemonia* (Editora da UFRJ, 1997), Nestor García Canclini, com *As Culturas Populares no Capitalismo* (Ed. Brasiliense, 1983) e Roberto da Matta, com *Carnaval, Malandros e Heróis* (Rio, Zahar, 1979), entre outros.

6 Estamos entendendo aqui o sentido como um significado que permite a interação e os empreendimentos coletivos em que as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink e col. 1999:41).

Isso nos leva a concluir pelo fato de que a informação não pode ser invocada como panacéia para a participação, principalmente no atual contexto social em que a profusão e a disponibilidade de informações vêm sendo invocadas como o milagre da era da informação que democratiza e possibilita a participação de todos na vida social. É fato que esse processo contribui para a produção de novos sentidos e práticas sociais, mas pergunta Cohn: que novos sentidos seriam estes?

Ele aponta para o fato de que é da natureza da informação a redução das incertezas dos sujeitos sociais, mas não por um conjunto de opções interpretativas, e sim pela exclusão, definindo o que é relevante ou não em um determinado sistema ou campo de escolhas. A pergunta que fazemos é a seguinte: quem exclui o que e para quê? Se é pertinente tal pergunta, com ela, enfatizamos a dimensão do poder que envolve os processos informacionais.

Esse entendimento relaciona a informação com um tipo de poder que induz a uma interpretação pela exclusão e contrasta com a comunicação já que esta é, fundamentalmente, um processo *aditivo*, e não de exclusão, operando através da conjuntiva *e*, como acentua Cohn. Assim sendo, se a informação *fecha* as opções pela exclusão, a comunicação abre opções, ou seja, caracterizando-se como sendo um processo aberto e expansivo dando lugar à alteridade nas interações sociais.

Sob esse aspecto, a informação não deixa de ser uma variável voltada para eliminar as indeterminações dos sentidos ou dos ruídos comunicacionais pela disjuntiva *ou*, enquanto a comunicação é um processo *expansivo* voltado para a inclusão e a alteridade das interações sociais.

Assim sendo, se a informação é um processo *seletivo*, voltado para a exclusão de elementos definidos como insignificantes, qual é o papel que cumpre na chamada sociedade da informação? Segundo Cohn, a informação hoje não trata só da interação ou dos fluxos de produção ou recepção de conteúdos, mas sim também, e cada vez mais, da *geração de formas*. Por forma, o autor entende como sendo uma linha de diferença que nos permite identificar as coisas e os valores excludentes apontando para a relevância/irrelevância de cada um, mediante a divisão de um aspecto qualquer do mundo em dois campos, separados por uma linha que permite ignorar tudo o que fica

de um lado e considerar somente o que fica do outro. “Sob esse aspecto, a informação aparece como algo que discrimina, que aponta para o que se deve ou não prestar atenção, o que é relevante ou irrelevante, ou seja, apontando para uma diferenciação geradora da forma” (Cohn, 2001, p. 17).

Nesse sentido, podemos dizer que a maioria das políticas públicas, por variadas razões, vale-se muito mais desse modelo do que de um possível modelo comunicacional em que estejam presentes a alteridade, as falas e os atos não autorizados, principalmente daqueles que estão nas margens do poder institucional. Se verdadeira esta premissa, que acreditamos ser, ela aponta para a hipótese de que a prática da participação popular no SUS através dos conselhos de saúde será atravessada pela tensão existente entre as perspectivas de um modelo e outro, mostrando, por consequência, as divergências e convergências existentes entre eles, isto é, o pólo institucionalizado e detentor do discurso competente que reduz o significado dos sentidos comunicacionais e informacionais e o pólo que representa os segmentos populares que busca a expansão e a alteridade desses mesmos sentidos.

Isso ocorre porque o primeiro representa o poder instituído e cristalizado, como o Estado, manifestando-se através de normas, prescrições, atos legais e burocráticos. Nele predomina o modelo informacional como um núcleo que determina os limites e os alcances das interações sociais em um determinado contexto, através de determinados rituais, linguagem e saberes. Em consequência, a política de comunicação que dele se origina é muito mais uma política informacional do que comunicacional, e o objetivo principal é o de eliminar os ruídos, controlar a alteridade e manter ou reproduzir uma determinada ordem de poder.

Já o segundo modelo, o comunicacional, aponta para atos abertos e instituintes e entra em choque com o primeiro porque a natureza das interações de um e outro traz perspectivas diferentes. Se a do primeiro é a manutenção do poder, a do segundo é a subversão ou fuga desse poder, do questionamento das normas, do atropelo aos rituais de atos e falas, das negociações dos sentidos, embora, dependendo das circunstâncias, essa característica da comunicação possa ser atrofiada.

A relação dialética que predomina entre esses modelos significa colocar em movimento complexos mecanismos de poder para conservar, reter, transformar,

mudar ou alterar a natureza de um e outro. Os resultados são os mais diversos possíveis e demanda novos enfoques para entender esse processo que os modelos instrumentais de comunicação raramente dão conta, pois as análises feitas sob este enfoque apenas constatam a existência de formas de poder em uma instância e outra, mas sem conseguir detectar ou analisar os inventários cognitivos, as táticas e as artimanhas que envolvem todo e qualquer confronto, a negociação de sentidos e os processos cooperativos presentes na prática discursiva dos diferentes atores sociais.

São as respostas a estas questões que podem gerar novas interpretações destinadas a articular processos eficazes de intervenção através da participação popular possibilitada pelas bases constitucionais do SUS que colocam a indissociabilidade entre as condições de saúde, a organização e a participação da sociedade.

Várias correntes teóricas da comunicação podem ser invocadas para ajudar a entender esse processo. Como a teoria da ação comunicativa proposta por Habermas que supõe interações possíveis de produzir acordos e coordenar ações entre diferentes atores sociais, mediante o uso de processos comunicativos dialógicos. Também teorias como a do interacionismo simbólico, as de Paulo Freire, ou outros modelos praxeológicos de comunicação que enfatizam o entendimento e as mudanças nas práticas sociais compartilhadas como processos significativos de produção de significados para os atores sociais. A nosso ver, elas muito podem contribuir para entender e estabelecer processos dialógicos de participação popular no SUS, ao contrário das teorias que enfatizam a natureza prescritiva e instrumental da comunicação, como a do modelo funcionalista que mencionamos anteriormente.

Assim a comunicação, dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, deve ser entendida e direcionada para criar condições de participação nas quais os participantes de um determinado processo comunicacional se transformem em sujeitos de argumentação e de opinião, para buscar esclarecimentos e pro-

por ações e processos de sociabilidade baseados em princípios de cooperação e de compartilhamento de sentidos, ao contrário dos processos comunicacionais voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção.

Estas foram as premissas com que analisamos a comunicação e a informação nos conselhos de saúde na perspectiva do controle social ou público⁷ em relação ao Sistema Único de Saúde como resultante da participação popular.

Conselhos de Saúde, Participação e Controle Social

Se entendemos que um objetivo da participação popular no SUS é o controle social, faz-se necessária a contextualização desse conceito como parte intrínseca das políticas públicas para a saúde. Entendemos que ele faz parte das proposições pela democratização do Estado e da busca de participação da sociedade nas políticas públicas. Compreendemos também que o exercício do controle e, portanto, da participação popular, acontece em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários, Ministério Público e, principalmente, através dos conselhos de saúde que envolvem um grande número de cidadãos nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o país, objeto que elegemos para a análise do presente trabalho.

Historicamente, os conselhos de saúde na sociedade brasileira fazem parte de um amplo processo de movimentação social que, desde a década de 1970, vêm convergindo para transformar e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da sociedade civil com o Estado. Neste contexto, Maria da Glória Gohn (Gohn, 2000) identifica três tipos fundamentais de conselhos que surgiram no Brasil de 1970 a 1995: *os Conselhos Populares*, *os Conselhos Comunitários* e *os Conselhos Temáticos Institucionalizados*.

¹ Estamos utilizando as duas expressões como sinônimas. A expressão “controle social” está mais disseminada nas práticas dos conselhos e nos documentos do SUS. Correntemente, essa expressão traz conotações negativas, podendo significar também controle ou exercício de poder sobre indivíduos ou grupos sociais. Por isso, julgamos que a expressão “controle público” seria mais adequada e em maior consonância com o espírito do SUS, pois ela enfatiza a questão ou a coisa pública, sem se referir necessariamente ao Estado, e de que maneira afeta o interesse coletivo. Entretanto, preferimos manter nesse trabalho as duas expressões, mas entendendo-as sempre pelo viés participativo que as caracteriza.

Os primeiros surgiram através de iniciativas dos movimentos populares; os segundos foram criados ou propostos por ações que envolvem o povo/governo; os terceiros surgiram por exigências constitucionais, embora espelhem lutas anteriores de outras formas de participação popular, como é o caso dos conselhos de saúde cuja gênese remonta às ações populares da década de 1970, na cidade de São Paulo, quando reivindicavam a melhoria dos serviços e a participação nas decisões das autoridades da área de saúde.

Os conselhos temáticos institucionalizados, previstos pela Constituição Federal de 1988, envolvem em sua composição diversos segmentos sociais. De lá para cá, inúmeros conselhos foram criados, como os de Educação, de Turismo, da Criança e do Adolescente, de Tarifas, de Assistência Social, de Segurança, de Saúde, entre inúmeros outros, envolvendo representantes do Estado e da sociedade civil (associações comunitárias, movimentos sociais, representantes de usuários, trabalhadores, etc.). Eles se constituem como novos espaços públicos propiciados pela reestruturação do Estado, provocada pelas forças políticas com base no pressuposto de que ele (o Estado) deve acolher a participação da sociedade como forma de controle social e interferência na definição e performance das políticas públicas.

Com a democratização do país, a partir de 1985, e a promulgação da Constituição Federal em 1988, a descentralização do sistema de saúde foi proposta e efetivada com a criação do SUS que prevê diferentes funções e responsabilidades para cada esfera de governo (municípios, estados e a União) com a responsabilidade de implementar e supervisionar as políticas de saúde, nutrição, controle epidemiológico, vigilância sanitária, entre outras coisas. Foi previsto, também, que os diferentes níveis de governo estabelecessem parcerias com diferentes atores sociais ligados, direta ou indiretamente, à saúde, como os prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, conveniados, profissionais), os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde.

Assim, como parte dos conselhos temáticos institucionalizados, os conselhos de saúde estão previstos institucionalmente e, em princípio, não dependem da mobilização da população para funcionar. No entanto, no exercício de suas funções, demandam do cidadão, das comunidades e das organizações com eles envol-

vidos crescente capacidade para atuar politicamente e promover negociações ou acordos, resolver conflitos, fiscalizar ou estabelecer prioridades para o campo da saúde.

Assim, caberia aos conselhos de saúde interferir na formulação das estratégias e no controle operacional das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros no âmbito das três esferas gestoras do SUS (federal, estadual e municipal).

O exercício do controle social pelos conselhos de saúde dar-se-á através das funções deliberativa, fiscalizatória e consultiva, de maneira tripartite e paritária, ou seja, de acordo com a composição legal, que é invariável, de cada conselho, seja em nível federal, estadual ou municipal. Nessa composição, os usuários devem ocupar 50% de suas vagas, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos, porteiros, motoristas, ou qualquer outro trabalhador) devem ocupar 25% das vagas, e o gestor (governo) e prestadores de serviços ao SUS os outros 25%.

Está previsto ainda que os conselhos devem atuar de forma independente da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde), exercendo as funções de fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); definir as políticas e as prioridades de saúde, avaliar e deliberar sobre plano de saúde do gestor (função deliberativa) e opinar sobre convênios ou outras questões da saúde (função consultiva).

Do ponto de vista legal, a institucionalização dos conselhos de saúde como instância de controle social foi feita através de vários dispositivos legais, a começar pela Constituição de 1988 que, em seu artigo 194, inciso VII, estabelece o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados”, o que vai determinar e regulamentar, através das leis federais 8080/90 e 8142/90, entre outros documentos legais, a constituição dos conselhos como instância de participação da sociedade no Sistema Único de Saúde. A participação da sociedade ocorre, conforme expressam esses documentos, em três níveis: federal, através do Conselho Nacional de Saúde; estadual, através dos conselhos

estaduais de saúde e, municipal, através dos conselhos municipais de saúde.

Com isso, os conselhos ganharam face institucional para exercer o controle social que, segundo Antônio Ivo de Carvalho, é um termo originário da sociologia e da psicologia, servindo para designar os processos de influência do coletivo sobre o individual, mas que, na idéia da reforma sanitária, foi alterado, visando significar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado, com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas décadas de 1970 e 1980 (Carvalho, 1997).

Podemos entender, hoje também, os conselhos de saúde no contexto do fenômeno político denominado *accountability*, que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*.⁸

No entanto, se o *accountability*, enquanto um princípio político-administrativo, integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, no Brasil ele ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições, Estado e sociedade. Sendo o contexto desfavorável, os atos de cobrança sobre a responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito, como enfatiza Anna Maria Campos, da qualidade das “relações en-

tre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que o “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability*” (*apud* Halliday, 1994, p. 103):

Mas quem promove o *accountability*? Sendo um processo de controle público sobre os governos (embora as instituições da sociedade civil sejam também cada vez mais instadas a ele se submeterem), quem promove são diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião pública, etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para este mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas, a figura do *ombudsman* constituindo o chamado *accountability agencies*, entre dezenas de outros exemplos que aqui poderiam ser invocados.

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

Se os conselhos de saúde devem discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, eles podem muito bem, como acentua Carvalho, cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental, fazendo com que os governos estejam “à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos” tendo em

8 Segundo Eduardo Monteiro Martins, do ponto de vista do Estado, o “*Accountability* corresponde à capacidade do Estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais” (Martins, 2000). No entanto, assinala que essa relação entre governante e governado, ou entre o Estado e a sociedade civil, não pode ficar no mesmo nível dos *accounts* que ocorrem nos processos interacionais da vida cotidiana em que as respostas às indagações e dúvidas (desculpas e justificações) dos cidadãos seriam reduzidas a um jogo formal de pergunta e resposta (*feedback*). Ao contrário disso, o *accountability* deve ser entendido como um processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos, ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas e, simultaneamente, interferir na condução e definição das políticas públicas enfatizando assim a dimensão participativa do SUS.

vista a tematização⁹ da agenda setorial que desenvolvem “a partir do choque e convergências dos grupos de interesse” produzindo “um campo de definições do interesse público que, ainda que não se transforme em decisão governamental, é dotado de legitimidade pública” (Carvalho, 1997, p.106).

Desse ponto de vista, argumenta ainda Carvalho, os conselhos de saúde “não estariam precisando de mais normas, ou mais poderes legais, ou mais institucionalidade, e sim de mais política, mais vocalização, mais visibilidade, envolvendo de forma muito mais direta e orgânica as questões de informação qualificada e de comunicação de massa. A segmentação social e as enormes desigualdades de acesso à informação vigentes no Brasil são uma dificuldade, mas atestam a necessidade de se caminhar nessa direção” (Carvalho, 1997, p.107).

Mas, além disso, se os conselhos temáticos institucionalizados, incluindo aqui os de saúde, significam uma perspectiva democrática e uma inegável conquista política da sociedade civil, por outro lado, a concretização de suas proposições depende da maneira de como funcionam ali os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários nesse ambiente político.

Por exemplo, muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos, porque estão previstos institucionalmente. Na prática, são refratários a esta forma de controle social e, em consequência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas. É por essa razão que Gohn propõe que esses importantes canais democráticos sejam repensados criticamente para que de fato cumpram as funções a eles atribuídas (Gohn, 2000).

Infelizmente, algumas formas de análise simplificam demasiadamente o funcionamento dos conselhos, impedindo que sejam percebidos com mais clareza os

potenciais democráticos de que são portadores, ora superestimando o seu papel, ora subestimando-o.

No primeiro caso, esse tipo de análise superestima o papel dos conselhos ao colocar em segundo plano a estrutura em que estão inseridos, com base no princípio de que eles, por si mesmos e com base na legislação que os ampara legalmente, podem promover o efetivo controle da sociedade civil sobre o Estado e interferir decisivamente na formulação de políticas públicas de interesse social e coletivo. Superestimados em suas funções políticas, esses atores sociais esquecem que os conselhos são portadores de limites e alcances estabelecidos pelo Estado e que as políticas públicas no atual contexto social são profundamente marcadas pela idéia de regeneração e modernização do Estado muito mais a partir das relações econômicas ou do mercado do que pelas necessidades sociais.

Já no segundo caso, o tipo de análise feita é o de subestimar o papel dos conselhos, entendendo-os como instância destituída de real capacidade de intervenção no debate público para o exercício do controle social ou da formulação de políticas públicas. Além disso, muitos governos, autoridades públicas e gestores da saúde avaliam que a maioria dos conselheiros, principalmente os representantes dos usuários, é técnica e socialmente despreparada para perceber com clareza a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de saúde.

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

Em consequência, avaliam que os conselhos deveriam ser apenas instâncias homologatórias das decisões do gestor (a instância entendida como sendo tecnicamente preparada para promover o bem comum)

⁹ Entendo como tematização a relevância e o tratamento dados a determinado(s) tema(s) em um conjunto infinito de outros temas permitindo a redução de sua complexidade para que possam ser entendidos e discutidos pelos diferentes e heterogêneos públicos, ou seja, um processo de seleção, hierarquização e valorização de determinados assuntos visando facilitar a sua discussão pública. No caso do campo midiático cabe a este o importante papel de promover a “pedagogização” dos temas tornando os seus conteúdos claros e inteligíveis para o maior número possível de pessoas e, simultaneamente, contribuindo para que sejam processados pelo sistema político em termos operacionais ou decisórios. A idéia de tematização no campo da ação política pelo campo midiático pode ser encontrada em Niklas Luhman (*Fin y racionalidad de los sistemas*. Editora Nacional, Madrid, 1983).

ou, no máximo, como instância corretiva das ações por ele desencadeadas (*feedback*), atendendo assim muito mais à formalidade legal do sistema do que propondo formas de alteração nas relações de poder entre governo e sociedade.

Conselhos e Direitos Sociais

Apesar das avaliações negativas anteriormente apontadas, devemos entender que os conselhos de saúde, e outros conselhos temáticos ou populares, fazem parte da luta pela cidadania e pelos direitos sociais no Brasil. No entanto, alerta-nos Vera Silva Telles que no atual contexto político brasileiro, tanto a cidadania quanto os direitos sociais, ao invés de se ampliarem, estão sendo encolhidos ao lado da reposição de antigas formas de exclusão social e a emergência de outras. E o que é pior, argumenta Telles, naturalizando as distâncias sociais no Brasil como se fossem parte de uma ordem natural das coisas, fora das tramas sociais (Telles;1999).

Esse diagnóstico contrasta com as lutas a favor da cidadania e contra as injustiças sociais dos anos 1970 e 1980, quando os movimentos sociais se organizaram e os sindicatos projetaram-se no cenário público, deixando marcas significativas na Constituição de 1988 e permitindo a construção de espaços plurais de representação de atores coletivos, reconhecidos como interlocutores válidos no cenário público nacional. Mas, quando entramos nos anos 1990, passamos a viver a contradição de termos uma “democracia consolidada, aberta ao reconhecimento formal de direitos sociais, garantias civis e prerrogativas cidadãs reivindicadas, mas que convivia (como continua convivendo) cotidianamente com a violência, a violação dos direitos humanos e a incivilidade nas relações sociais”. (Telles, 1999,p. 17).

Essa contradição é o que vai exigir dos analistas sociais maior acuidade para entender em que medida a superação das injustiças sociais e a consolidação da cidadania estão de fato avançando ou levando à erosão os direitos sociais.

O desafio que se coloca hoje para os analistas e os responsáveis por políticas públicas cidadãs voltadas para o interesse social é o de melhor compreender de que maneira se dá essa erosão e, simultaneamente, compreender quais são as possibilidades de constru-

ção de “arenas públicas que dêem visibilidade aos conflitos e ressonância às demandas sociais, permitindo, no cruzamento das razões e valores que conferem validade aos interesses envolvidos, a construção de parâmetros públicos que reinventam a política no reconhecimento dos direitos como medida de negociação e deliberação de políticas que afetam a vida de todos” (Telles, 1999, p.163).

É a partir dessa proposição de Vera Silva Telles que propusemos estudar a participação popular nos conselhos de saúde, embora delimitando o estudo ao campo da comunicação e da informação.

Comunicação, Informação e Controle Social

Uma vez explicitados o contexto, as características e a natureza do funcionamento dos conselhos de saúde, estabelecemos aqui a premissa de que eles não existem ou funcionam fora de práticas discursivas constituídas por diferentes modos de produção, circulação e recepção de bens simbólicos que implicam no estabelecimento de redes internas e externas de comunicação e de informação. O pressuposto é o de que o processo de controle público ou social, como uma dimensão da práxis política e social, não pode ser separado da dimensão comunicativa, pois, segundo Hanna Arendt, é através do discurso que os homens se fazem políticos e tudo o que fazem, sabem ou experimentam só tem sentido na medida em que pode ser discutido, atribuído os significados das coisas para eles e, segundo a autora, isso acontece porque os homens podem “falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos” (Arendt, 1993, p.12).

Significa que nenhuma práxis política pode ser desenvolvida alheia às práticas discursivas. No entanto, estas só existem quando engendradas no contexto social e este, por sua vez, determina o poder de cada ator social nos atos discursivos ou comunicativos. Assim, o poder e/ou a característica de um dado discurso está diretamente vinculado à localização social dos interlocutores e de acordo com as competências culturais, simbólicas e políticas de que são portadores. Essas variáveis estabelecem e explicitam o elo de ligação entre a ação, o significado da ação e as relações sociais gerando o que Paulo Freire chama de *práxis*.

Isto quer dizer que não existe ação social isolada de uma forma qualquer de comunicação. É o que leva Bakhtin a afirmar que os discursos, como elementos centrais da comunicação, estão presentes em todo ato consciente, em todo ato de compreensão e em todos os atos de interpretação (Bakhtin, 1981).

As proposições de Bakhtin e Freire podem ser relacionadas com a análise de Arendt em relação ao espaço público. Assim, consideramos que a participação popular e o exercício do controle social feito pelos conselhos de saúde ocorrem no espaço público. Este exercício tem como contrapartida fundamental a idéia de que a visibilidade e o compartilhamento do que é público devem estar baseados na premissa de Hanna Arendt ao afirmar que tudo o que vem a público pode ser visto, ouvido, e comentado por todos (Arendt, 1993). Sem visibilidade e compartilhamento não há projeto político ou ação pública, porque ser visto e ouvido pluralmente (diversidade de opiniões e de interpretações) pelos outros é uma forma de constituição da realidade e uma forma de direcionar a ação social.

O debate é a expressão da pluralidade e uma forma de ação e de esforço para a emergência do que é público como expressão da potencialidade dos homens agirem em conjunto. Por essa razão, o poder não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, da comunicação, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos.

Para um processo social com essas características, é necessário pensar processos equivalentes de comunicação que levem em conta, como já dizia Paulo Freire, a presença ativa e curiosa dos sujeitos na construção, admiração e re-admiração do mundo, isto é, de um mundo que não seja estranho a eles (alienação). Para isso defende que a comunicação verdadeiramente democrática e passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino e capaz de problematizar o mundo, se dá através da relação dialógica em que “todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá entre signos lingüísticos” (Freire, 1971, p.66).

No entanto, Freire lembra que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos sig-

nos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação.” (Freire, 1971, p.68).

Dessa reflexão, podemos deduzir que o exercício do controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade), o que contraria a idéia da teoria instrumental da comunicação e da informação. O pressuposto é o de que os indivíduos são capazes de transformar determinados estímulos informacionais e comunicacionais em formas cognitivas tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos que ocorrem nesse ambiente.

Essa questão faz parte daquilo que Berger e Luckmann assinalam como sendo um processo intersubjetivo no qual os indivíduos produzem e constroem significados através de várias formas de interação social cujo resultado mais visível é a produção de regras institucionais, organizacionais e procedimentais que justificam ou invocam uma determinada ação. Esse processo, que podemos chamar de reflexividade, uma das maneiras que os indivíduos têm para atribuir sentido à ação e ao mundo cotidiano em que estão envolvidos. (Berger e Luckmann, 1985).

O processo comunicacional daí originário tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas. Mas o alcance ou o limite dessa ação depende muito da posse de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos. Assim, por exemplo, quando os indivíduos entram em uma relação de conflito, essas variáveis aparecem de maneira mais cristalina, assim como as evidências de que alguns têm mais recursos que os outros, inclusive para alterar, substantivamente, determinadas situações¹⁰.

Essa questão pode ser observada, por exemplo, através da dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro-usuário. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao Conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distin-

tivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem) que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde.

Em relação aos conselheiros dos outros segmentos, podemos dizer que a representação ocorre de maneira diferenciada. Por exemplo, o representante do corpo médico fala por uma categoria específica cujos contornos simbólicos e técnicos são perfeitamente visíveis e legitimados no plano social, isto é, suas expectativas e formas de atuação são delimitadas por uma atividade clara e hierárquica de poder a respeito das questões da saúde, e que são corporativamente compartilhadas por seus pares. No caso dos prestadores de serviços, a representação ainda é mais simples e clara, pois está diretamente relacionada com seus interesses particulares, em que pese a possibilidade de emitirem pareceres políticos sobre outras questões do sistema de saúde.

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

vamente, a idéia de controle social.

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

Acreditamos que essas questões estão diretamente relacionadas, com os diferentes repertórios discursivos presentes em cada conselho de saúde, já que em um mesmo ambiente podem coexistir diferentes contextos comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sócio-cultural que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos que compõem os conselhos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde.

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

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

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

Conclusão

Menos do que concluir, preferimos apontar aqui alguns desafios relacionados com as questões levantadas no decorrer desse trabalho.

Dizemos, em primeiro lugar, que as dificuldades e a complexidade que se apresentam para se estabelecer políticas de comunicação e informação na perspectiva dialógica e democrática não devem servir para invocar o modelo instrumental de comunicação e de informação. Esse modelo reconhece, de forma peculiar, as diferenças e as diversidades simbólicas e sociais nas arenas públicas dos conselhos, mas dá como resposta a constituição de fluxos verticais de informações cuja preocupação nunca ultrapassa a da simples adequação dos conteúdos informacionais ao universo cognitivo da maioria dos participantes.

Desnecessário dizer que o pólo irradiador da informação e responsável pela organização da comunicação nesse modelo concentra-se no pólo institucional detentor de maior poder material e simbólico, ou seja, no gestor. Isso não quer dizer que todo gestor ou que em todo conselho prevaleça essa situação, embora ela seja predominante na maioria dos conselhos, conforme detectamos em pesquisa por nós realizada nos conselhos de quatorze municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (Oliveira, 2001).

Se essa situação distancia-se bastante das proposições dos modelos praxeológicos e dialógicos da comunicação, o principal desafio é tentar responder, portanto, se esses modelos são possíveis ou não de serem estabelecidos ou implementados no todo ou em parte como supõe, por exemplo, Paulo Freire ao afirmar que

não existe comunicação sem co-participação do outro e que essa co-participação dos sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação (Freire, 1971).

Ao fazer esta afirmação, ele quer dizer que o homem compartilha não só a experiência com os outros, mas também codifica-a dentro de um universo inteligível para o outro, criando uma estrutura interacional capaz de direcionar a ação social. Isto quer dizer que a comunicação não é um processo que reflete mecanicamente as respostas e as interpelações de um indivíduo ou grupo para outro e sim que, através da ação, produzem um mundo compartilhado. Agindo compartilhadamente, eles estabelecem e interagem de maneira dialógica (ou conflitiva) para enfrentar e responder aos desafios sociais, grupais ou individuais.

Sendo esta a comunicação adequada e desejável ao processo de participação popular no Sistema Único de Saúde e, em particular, nos conselhos de saúde, o desafio hoje é o de conhecer as dinâmicas interacionais dos conselhos, para apontar a ocorrência ou não da comunicação dialógica e, não ocorrendo, quais os prejuízos que traz para o processo de controle público e participação popular.

Igualmente, esse mesmo desafio se coloca para os núcleos formadores das políticas públicas que buscam encontrar na comunicação a expressão de uma política de inclusão social reflexiva e verdadeiramente democrática e, portanto, distante da comunicação instrumental a que aludimos anteriormente.

Mas esse desafio de se entender e analisar a importância e a necessidade da comunicação para a participação popular não pode ser uma preocupação restrita ao universo acadêmico e às instituições governamentais. Ele deve ser também incorporado, de maneira reflexiva, às proposições e às ações dos milhares de conselhos e de conselheiros de saúde espalhados para todo o Brasil, ampliando e aprofundando o que já foi discutido em várias instâncias, particularmente nas conferências nacionais de saúde.

Mas aqui apresentamos um outro desafio: não basta constatar a necessidade ou a importância da comunicação e da informação, mas o de passar desse estágio para outro em que sejam efetivados, concretamente, políticas, processos e recursos de comunicação e informação (preferencialmente dialógicos) para o exercício democrático do controle social e da participação popular no Sistema Único de Saúde.

Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Tradução Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- BAKHTIN, M. (Volichinov). *Marxismo e filosofia da linguagem*. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo, Ed. Moderna, 1981.
- COHN, G. Qual é a forma da sociedade da informação? In: PRÁTICAS midiáticas e espaço público. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 15-22.
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
- GOHN, M. G. *Mídia, terceiro setor e MST: impacto sobre o futuro das cidades e do campo*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- GOHN, M. G. *Os sem-terra, ONGs e cidadania: a sociedade civil brasileira na era da globalização*. São Paulo, Cortez, 1997.
- HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, H. (Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994. p.91-109.
- LUCAS, S. D. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: SISTEMA Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 51-80.
- MACHADO, L.M.V. *Atores sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero*. São Paulo: Annablume, 1995.
- MONTEIRO, E. M. Rádios comunitárias e accountability societal. [Trabalho apresentado no Mestrado de Sociologia da UFMG na disciplina de “Sociedade Civil e Accountability”, ministrada pelo Prof. Enrique Peruzzotti. Outubro de 2000. Texto fotocopiado].
- OLIVEIRA, V. C.; SAMPAIO, L. F. R; BARROS, M.L. (Org.). *Os alicerces da utopia: saúde e cidadania no SUS de Brumadinho*. Brumadinho: Secretaria Municipal de Brumadinho, 1996.
- OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília, 2000. p. 65-74.
- OLIVEIRA, V. C. Relatório de Pesquisa “A comunicação e o controle público nos conselhos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Departamento de Comunicação Social da UFMG, 2001.[mimeo].
- PITTA, A. M. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.
- RANGEL, M. L; MARQUES, T; COSTA, E. Oficina Nacional de Vigilância Sanitária: termo de referência. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. 21 p.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- SPINK, M. J.; MEDRADO, B. A produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.
- TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1999.
- TORO, J. B.; WERNECK, N. M. D. *Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal, 1996. 104 p.
- VILANOVA, C.R.C. *Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, 2004. [Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Comunicação e Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz].

Recebido em: 01/06/2004

Aprovado em: 03/08/2004