



O Conselho Municipal de Saúde de Londrina: um campo relacional de disputas

The Municipal Health Council of Londrina: a relational field of disputes

Argéria Maria Serraglio NARCISO*
Márcia PASTOR**


Resumo: Este artigo visa discutir o Conselho Municipal de Saúde de Londrina (PR) como campo relacional de disputas entre os conselheiros, buscando compreender as relações e os mecanismos de dominação existentes e como eles interferem no exercício do controle social. Escolheu-se a perspectiva teórica do sociólogo Pierre Bourdieu, denominada *conhecimento praxeológico*, por ser pertinente à compreensão da dimensão relacional que envolve as relações de poder. A coleta de dados consistiu em observações sistemáticas das reuniões, levantamento documental e entrevistas com conselheiros. A análise da dimensão relacional do CMSL apontou que a efetivação do controle social não depende apenas da representação política e da mobilização da sociedade, mas também das relações de forças determinadas pelas constantes disputas de interesses dos segmentos representados.

Palavra-chaves: Conselho Municipal de Saúde. Política de saúde. Controle social. Campo relacional de disputas.

Abstract: This study discusses the Municipal Council of Health of Londrina (PR) (MCHL) as a area of relational dispute among counsellors, seeking to understand the existing mechanisms of domination and how they can interfere in the exercise of social control. The theoretical perspective of the sociologist Pierre Bourdieu was selected because his, so called, praxeological knowledge is relevant to the understanding of the relational dimension that envelopes relationships of power. The data collection consisted of systematic observations of the meetings, documentary surveys and interviews with counsellors. The analysis of the relational dimension of

* Assistente Social. Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL-PR. Assistente Social do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL, Londrina, Brasil). Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, 445, Km 380. Campus Universitário, CEP 86.057-970. Londrina (PR). ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0001-9404-6939>>. E-mail: <argeriasn@gmail.com>.

** Assistente Social. Pós-Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL, Londrina, Brasil). Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, 445, Km 380. Campus Universitário. CEP 86.057-970. Londrina (PR). ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-3528-1944>>. E-mail: <marcia.pastor64@gmail.com>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

MCHL shows that the effectiveness of social control depends not only on political representation and societal mobilisation, but also the relationships of power determined by the constant disputes of interests of the groups represented.

Keywords: Municipal Council of Health. Health policy. Social Control. Relational field dispute.

Submetido em: 10/12/2018. Aceito em: 21/5/2019.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 incorporou diversas demandas da sociedade civil organizada, dentre as quais se destaca a democratização da gestão das políticas sociais através do controle social exercido pela sociedade sobre as ações do Estado.

Na política de saúde, verifica-se que o Movimento da Reforma Sanitária, surgido no final dos anos 1970 e consolidado na década seguinte, protagonizou uma grande luta pela mudança no modelo de saúde, posteriormente consubstanciado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, desde o advento do SUS, em 1990, seus mecanismos de descentralização político-administrativa e de controle social - que atribuem aos municípios e aos conselhos municipais papel relevante na formulação e implementação desta política - vêm sofrendo os golpes desferidos pelas políticas neoliberais que, no caso da saúde, impõem a privatização dos serviços e a restrição do acesso aos serviços públicos, entre outros desafios.

Frente a esse cenário, este artigo, com base em uma análise do controle social na área de saúde, evidencia os Conselhos como campo relacional de disputas de interesses na gestão da política de saúde. Ampliar essa discussão significa lançar um olhar para o que há de mais específico nesse campo de disputas, ou seja, analisar um Conselho em particular, de um município que historicamente desempenhou e ainda desempenha papel importante na política pública de saúde brasileira.

Trata-se de um estudo de caso realizado em Londrina (NARCISO, 2016), cidade com 558.439 habitantes¹, localizada na região norte do estado do Paraná (PR), que, desde o início da década de 1970, na organização dos serviços de saúde, adotou novas concepções de saúde que impactaram positivamente a organização popular, servindo de base para o controle social. Diversas lideranças de bairros, juntamente com profissionais da saúde e membros da Universidade Estadual de Londrina destacaram-se na criação do Conselho Municipal de Saúde de Londrina em 1991 e incentivaram a participação da população nessa política.

Nesses 27 anos de existência, o Conselho Municipal de Saúde de Londrina (CMSL) contou com a presença de conselheiros que, em sua maioria, exerceram o mandato calcados nos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma

¹ De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2017.

Sanitária Brasileira, que foram inscritos no Sistema Único de Saúde e em regulamentações posteriores.

A partir de 2012, constatou-se um descrédito acerca da eficácia do controle social, sobretudo devido às disputas ali travadas e à percepção de que estavam implícitas questões para além da autenticidade da representação política e de vínculos estabelecidos com a sociedade, mas de dificuldades inerentes ao próprio funcionamento do Conselho.

Este artigo evidencia as relações de dominação existentes no Conselho Municipal de Saúde de Londrina e como essas podem interferir no exercício do controle social. Escolheu-se a perspectiva teórica do sociólogo Pierre Bourdieu e foram utilizadas três fontes para a coleta de dados: observações sistemáticas das reuniões do CMSL abrangendo o período dezembro de 2013 a junho de 2015; levantamento documental nos arquivos públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e no CMSL e também entrevistas com oito conselheiros dos diferentes segmentos². A análise de dados foi realizada com base em três categorias teóricas formuladas por Bourdieu: campo, *habitus* e capitais.

2 O CONHECIMENTO PRAXIOLÓGICO DE PIERRE BOURDIEU

Pierre Bourdieu (1930-2002), pensador francês realizou inúmeras pesquisas empíricas e desenvolveu extensa obra no período de 1960 a 2000, contribuindo significativamente para a formação do pensamento sociológico do século XX. Entre suas discussões, merece destaque a releitura de Marx, Durkheim e Weber, construindo sua própria teoria a partir da reformulação de um conjunto de conceitos desses teóricos clássicos (MONTAGNER, 2008).

Bourdieu não desconsidera que a sociedade capitalista é formada de classes, muito menos que nela existe um embate de forças sociais, mas entende que esses espaços devem ser recortados para, “[...] em cada caso, *construir e descobrir* [...] o princípio da diferenciação que permite reengendrar teoricamente o espaço social empiricamente observado” (BOURDIEU, 2011, p. 49, grifos do autor).

Louic Wacquant (2002) aborda a importância da difusão da obra do processo de criação e das várias ligações internas das investigações da metodologia de Bourdieu para a pesquisa empírica e aponta:

Se o modo de argumentar de Bourdieu é como uma teia, com ramificações, se seus **conceitos chave são relacionais** (*habitus*, **campo e capital** são todos constituídos de ‘feixes’ de laços sociais [...] e funcionam muito mais eficazmente uns em relação aos outros), é porque o universo social é constituído dessa maneira (WACQUANT, 2002, p. 102, grifos nossos).

² As entrevistas [semiestruturadas] foram realizadas no período entre outubro de 2014 a agosto de 2015. A representação dos segmentos contou com um gestor, um prestador de serviços, três trabalhadores da área e três usuários.

Considerando a inter-relação entre os principais conceitos de Bourdieu, optou-se por três formulações teórico-metodológicas do autor - campo, capitais e *habitus* - como possibilidade de tornar visíveis ou de explicitar os meandros da dominação, muitas vezes opacos ou mesmo ocultos, bem como os mecanismos de reprodução do poder simbólico. Esses conceitos serão sucintamente apresentados e relacionados ao estudo de caso desenvolvido.

2.1 O Conselho de Saúde como Campo de Lutas

O conceito de campo antecede as demais formulações de Bourdieu. O campo é um espaço onde se dá uma luta concorrencial entre agentes por interesses específicos, sendo possível caracterizar diferentes campos: científico, político, cultural, econômico (ORTIZ, 1983).

Para Bourdieu, o campo é um “[...] espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias” (BOURDIEU, 2004, p. 20). Está incluído no campo maior, que, neste caso, seria o Sistema Nacional de Saúde e o CMSL, aqui estudado. Pode ser visto como um lócus do campo da saúde, no qual ocorre a participação social de representantes da sociedade no controle dessa política pública.

A política de saúde constitui um campo concorrencial de disputas por um direito fundamental e também sofre influências externas de outros campos: o **econômico**, o jurídico, o político etc. Desse modo, as escolhas e decisões econômicas do governo federal, ou seja, as decisões macro (de caráter nacional), interferem no nível municipal.

Um campo é um espaço estruturado de posições onde aqueles que as ocupam concorrem entre si; um jogo, em que agentes e instituições, tendo em comum o fato de possuírem quantidades de capitais específicos (econômico, político, cultural, social), enfrentam-se em estratégias destinadas a conservar ou a transformar essa relação de forças entre posições sociais e de dominação (BOURDIEU, 2004).

Como o presente estudo é voltado para uma área da política, que não é a dos partidos, mas um espaço de formulação e deliberação da política pública de saúde, cabe trazer dois tipos de campo conceituados por Bourdieu: o campo político que envolve a política institucional e o campo de poder: “[...] o campo político é o lugar em que geram, na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos, produtos políticos, problemas, programas, análise, comentários, conceitos [...]” (BOURDIEU, 2012, p. 164).

O segundo tipo diz respeito ao campo de poder.

O campo do poder (que não deve ser confundido com o campo político) não é um campo como os outros: ele é o espaço de relações de forças entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de

capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor dos diferentes tipos de capital é posto em questão (BOURDIEU, 2011, p. 52).

Neste trabalho, o Conselho foi abordado preferencialmente como campo de poder em virtude da comprovada exigência de diferentes capitais para que os agentes nele atuem. Contudo é também influenciado pelo campo político, pois, embora não faça parte de uma declarada disputa partidária, lida com produtos políticos, como programas, análises, conceitos etc., que caracterizam as políticas públicas.

No âmbito do Conselho, a disputa envolve o poder econômico e político, mas assume contornos de poder simbólico, definido por Bourdieu como um “[...] poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica) graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário” (BOURDIEU, 2012, p. 14).

Trabalhar com a noção desse campo específico, em que está em jogo o poder simbólico, oferece a possibilidade de entender quem são os agentes que detêm e exercem esse tipo de poder e, sobretudo a dominação. De um lado estão os detentores de um conhecimento hegemônico acerca do funcionamento do campo, que são capazes de gerar produtos políticos; de outro, os que, por não deterem o conhecimento específico, ficam muitas vezes à margem da disputa ou mesmo na posição de consumidores.

Nas relações de dominação, os agentes valem-se de discursos, falas e mensagens, bem como das normas regimentais como meios de disputa concorrencial em torno do poder e, ao mesmo tempo, legitimam o próprio campo. De certo modo, essa estrutura afeta o controle social, uma vez que é hierarquizada entre dominantes e dominados.

Na análise do CMSL, esse espaço de controle social mostra-se aberto, democrático, de participação de várias entidades representantes da sociedade na política de saúde, configurando-se como um campo de disputas em que alguns agentes lutam para manter as regras do jogo e outros para alterá-las.

Nesse aspecto, enquanto agentes sociais e legítimos representantes políticos coletivos, os conselheiros não agem apenas movidos pela busca de um direito, tampouco por interesses econômicos, são também motivados por interesses de outra ordem, podendo inclusive ser da esfera simbólica, como, por exemplo, a busca pelo prestígio e reconhecimento dos outros; pela vontade de se distinguir e de se situar numa escala de poder própria do processo de representação política.

2.2 Os *HABITUS* E OS CAPITAIS COMO DISPOSIÇÕES PARA A AÇÃO

A noção de *habitus*³ definida por Bourdieu (1994) surge pela via da *hexis*, mediante a necessidade de compreender as relações de princípio de correspondência entre as práticas individuais e as condições sociais de existência. O sociólogo assim o definiu:

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como apreciações e ações, e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas [...] (BOURDIEU, 1994, p. 65).

Esse sistema de disposições adquiridas, advindo de 'experiências passadas', herdadas da família, desenvolvido no processo de socialização e de cultura, funciona como 'uma matriz de percepções' que orienta as ações dos agentes em suas práticas. Para Bourdieu, toda ação histórica coloca em evidência dois estados: a história objetivada, aquela acumulada ao longo dos tempos, das coisas, dos livros, das teorias; e a história no estado incorporado denominado *habitus*.

Desse modo, as experiências históricas, das vivências que cada agente possui, a sua inserção em grupos ou em uma determinada sociedade, são incorporadas às estruturas cognitivas e avaliativas que organizam a percepção do mundo, decorrentes de uma relação na qual o social exerce uma influência sobre as ações variadas e contingenciais.

As disposições não são nem mecânicas, nem deterministas, mas adquiridas pela interiorização das estruturas sociais, (re) atualizando-as. São produtos de uma socialização e de uma experiência acumulada, podendo ser discursivas, mentais, perceptivas, motoras, apreciativas e, quanto mais estimuladas, mais se tornam atualizadas, ou, de forma contrária, quanto menos utilizadas, por falta de práticas, menos se renovam (LAHIRE, 2004).

Vistas como princípios geradores, essas disposições fazem com que os agentes, em suas práticas, possam se valer, *a priori*, de estratégias em situações imprevistas e não apenas por cálculo racional e ação consciente. Para Bourdieu, nas trocas simbólicas, os agentes colocam em ação princípios incorporados que vão acarretar diferentes comportamentos frente às circunstâncias, de acordo com uma lógica específica.

Durante o processo de análise das entrevistas realizadas com os conselheiros, bem como das observações sistemáticas, foram identificados vários tipos de *habitus*. Para este trabalho, porém, foram priorizados quatro tipos: o informacional, o político, o da cultura política tradicional brasileira e o *habitus* coletivo da saúde decorrente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

³ O *habitus* tem sua origem na palavra grega *hexis*, utilizada por Aristóteles, com o significado de “[...] um estado adquirido e firmemente estabelecido do caráter moral que orienta nossos sentimentos e desejos numa situação [...] e (em) nossa conduta” (WACQUANT, 2009, p. 65).

O *habitus* apresenta-se tanto individual como coletivo, influenciando o funcionamento dos campos e a detenção de capitais por parte dos agentes, inclusive moldando a posição que cada um deles ocupa nesses espaços. São disposições que exprimem a conexão entre a ação individual e as condições sociais ou culturais.

O conceito de capital, de acordo com Bourdieu, tem como ponto de partida as ideias de Marx, diferenciando-se, porém, de aspectos fundamentais da análise marxista do capitalismo, isto é, suprime a categoria de exploração, bem como a relação recíproca entre exploração e produção. Segundo Burawoy (2010):

Para Bourdieu, o capital (tanto o econômico como o simbólico) determina a posição do agente no campo: o capital é possuído e acumulado pelos agentes durante suas lutas competitivas. Contudo, Bourdieu não revela a relação desse processo com nenhum conceito que evidencie a exploração. O capital é sim uma relação, porém nesse caso, é mais uma relação entre capitalistas do que uma relação entre capitalistas e trabalhadores (BURAWOY, 2010, p. 37).

A análise de Bourdieu considera não apenas a acumulação no modo de produção, mas as “[...] diferentes dimensões de acumulação [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 267) no plano simbólico. Para tanto, indica que a acumulação do capital simbólico depende de recursos obtidos pelos agentes em lutas anteriores em diferentes campos.

Sua obra aborda vários tipos de capital: econômico, simbólico, burocrático, informacional, cultural, político, jurídico, religioso, social, técnico, escolar, estatal, linguístico (BOURDIEU, 2014) e tantos outros quanto o campo possa demandar. Sendo assim, para este estudo, identifica-se como capitais presentes no campo da saúde e do Conselho – lócus político e de poder – a presença dos seguintes capitais: o econômico e, sobretudo, os que compõem o plano simbólico, como o cultural (informacional), o político e, eventualmente, o burocrático.

Bourdieu atesta a centralidade do capital econômico em relação aos demais: “[...] o capital econômico é a espécie dominante, em relação ao capital simbólico, ao capital social e mesmo ao capital cultural [...]” (BOURDIEU, 2004, p. 132-133). Ao defini-lo, considera que

[...] o capital econômico - a propriedade privada dos meios de produção - encontra-se *oficialmente* (e, em grande parte, realmente) fora do jogo (ainda que uma forma de acesso às vantagens oferecidas alhures pelo capital econômico possa ser assegurada por outras vias) (BOURDIEU, 2011, p. 30-31).

Para além do econômico, o capital simbólico assume relevância incontestável na análise de Bourdieu: “[...] nasce da relação entre uma espécie qualquer de capital, e agentes socializados de maneira a conhecer e reconhecer esta espécie de capital [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 259). Situa-se na ordem do conhecimento e reconhecimento, sendo assim definido.

Neste estudo ressalta-se que a saúde também pode ser considerada um tipo de capital em jogo, o principal recurso que move a contenda. Mesmo sabendo que em princípio a saúde é um direito, na perspectiva bourdieusiana, pode ser vista também como um capital em disputa, pertencendo ao campo de poder, uma vez que se vincula a uma política pública, configurando-se como programa de Estado que, para ser viabilizado, requer recursos financeiros, assumindo, assim, uma conotação material que pode ser vista como disputa econômica.

Entre os capitais, ganhou relevância neste trabalho o capital cultural informacional (BOURDIEU, 2014), que não se reduz somente à dimensão cultural de certificação, mas a outras formas de obtenção, como a prática no campo, as capacitações e o conhecimento acumulado a partir da vivência em diferentes campos, o que favorece o acúmulo e a concentração desse capital.

O Conselho está no campo de gestão da política de saúde de Londrina. Constitui-se como um campo político e de poder, cujas possibilidades de avanço encontram-se relacionadas ao uso dos *capitais*, de forma a interferir no processo de deliberação. Ele é sustentado por diferentes tipos de capital: o *econômico* por ser uma das principais razões da existência do Conselho, mas também o *político*, *cultural-informacional* e que capacitam e cacifam os conselheiros para o jogo ali disputado.

Também presente e objeto de disputa entre os agentes do conselho, há o capital político, definido por Bourdieu como "[...] crédito firmado na crença e no reconhecimento, ou mais precisamente, nas inúmeras operações de crédito pelas quais os agentes conferem a uma pessoa – ou a um objeto – os próprios poderes que eles lhe reconhecem" (BOURDIEU, 2012, p. 187-188).

Ao ocupar esse espaço de disputa e na condição de representantes de uma diversidade de instituições que conformam o tecido social organizado da sociedade, como organizações, movimentos sociais, sindicatos, confederações, instituições religiosas, culturais, patologias crônicas, filantrópicas, os agentes são legítimos representantes dos interesses daqueles que representam. Geralmente as instituições indicam pessoas portadoras de capital político: membro da cúpula dirigente, com disponibilidade e interesse no campo, com mais experiência, detentoras de capital informacional, ou seja, com domínio da lógica do campo, de modo a acompanhar as discussões e participar ativamente das reuniões.

3 A INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO RELACIONAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na teoria social de Bourdieu (2011), as noções de campo e capitais são indissociáveis. Como já visto, o campo é relacional, formado por agentes que compartilham um espaço comum, movidos por disposições duráveis – os *habitus* – e que disputam, entre si, o seu domínio; mas, para tanto, necessitam de capitais, ou seja, de recursos acumulados que os capacitem à disputa.

O estudo realizado apontou que o CMSL, mesmo sendo uma instância de gestão

que exerce a função deliberativa, depara-se com o gestor que possui informações privilegiadas; portanto, é quem mais representa a racionalidade que caracteriza o Estado. Um dos entrevistados⁴, quando indagado sobre quem detinha maior poder no processo de deliberação do Conselho, respondeu:

[...] o gestor que tem maior influência nas decisões pelo domínio das informações, pelas informações, pelo conhecimento, por ser dedicado 24 horas a isso. Ele tem informação que nem todos os conselheiros têm. Então eu acho que acaba envaidecendo e tendo um maior domínio (A1-prestador).

Na realidade, com a expressão *envaidecendo*, A1 (prestador) percebe que o conhecimento e as informações privilegiadas conferem distinção a quem os detém, sendo inclusive um dos traços do poder simbólico.

Se a burocracia tem como fonte de legitimidade a racionalidade e a legalidade, pressupõe-se que exista obediência à regra e à impessoalidade. A burocracia está vinculada ao Estado e, segundo Souza Filho (2011), ela não pode ser definida como positiva ou negativa, mas como um dos componentes dentro do Estado, e pode servir tanto para atender aos interesses das classes dominantes, como na implementação das ações do Estado para responder (ainda que parcialmente) às necessidades das classes dominadas:

Sendo assim, a burocracia responde a uma dada organização social que supõe a existência de dominados e dominantes, social e economicamente falando, ou seja, uma sociedade que não comporta a radicalização e o aprofundamento dos direitos. Eis, então, os limites da organização burocrática (SOUZA FILHO, 2011, p. 41).

Menezes (2012), embora aponte a política tradicional brasileira como entrave às novas formas de participação, não a considera como única causa:

Parte-se do pressuposto de que muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas (MENEZES, 2012, p. 262).

Durante o processo investigativo, foi identificado por meio das observações sistemáticas e das entrevistas que, no geral, os conselheiros eram dotados de diferentes capitais (informacional, político, cultural, referente à legislação), de modo a contribuir na consolidação do que se denomina *habitus* coletivo historicamente construído pelas lutas em torno da Reforma Sanitária, cujas disposições, no momento em que foram inscritas na Constituição de 1988 (BRASIL, 1990a) e regulamentadas pela Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b), definiram o

⁴ Os Conselheiros entrevistados são identificados com o símbolo “A” (Agente), seguido do número da entrevista e do segmento que representa.

controle social a ser exercido no campo da saúde pública na perspectiva da gestão democrática.

Mais da metade dos entrevistados, no entanto, apontou como entrave ao exercício do controle social a existência de práticas de agentes orientados por disposições diferentes, por vezes oriundas de valores e ações próprias da dominação burocrática ou da política tradicional brasileira, que confluem no exercício da representação democrática.

Desse modo, as pessoas influenciadas por esse *habitus* próprio da cultura política tradicional com traços de patrimonialismo, ao adentrarem esse campo, diferentemente do que se espera, divergem dos preceitos sobre controle social. Apesar do compromisso com as funções previstas, acabam por buscar a acumulação de capital e poder simbólicos, deixando-se envolver pelo suposto prestígio ou *status* muitas vezes atribuídos aos conselheiros. Mais que isso, tais pessoas usam suas posições junto à estrutura e aos meios materiais de gestão com fins particularistas e/ou político-eleitorais.

Trazer essa discussão para a análise não significa desqualificar o Conselho na sua totalidade, mesmo porque nele predominam agentes movidos por uma ética formulada a partir de princípios democráticos e republicanos. Não se pode, porém, deixar de dar voz aos 50% de entrevistados que apontaram a existência de ações de cunho clientelista e eleitoreiro, que, valendo-se dessa instância de deliberação, buscam visibilidade, descaracterizando as práticas e funções do controle social.

[...] o Conselho não tem noção das prioridades, infelizmente por falta de, eu acho que posso estar enganado, mas por falta de interesse, porque a gente ainda tem um viés político, ainda tem 'conselheiro de vereador'- eu acho que não deveria ter (A1-prestador).

[...] muitos saem dali como candidatos, então é uma forma de ter visibilidade, da população achar que aquele conselheiro está lutando por direitos da maioria, enquanto na realidade desconhece o que realmente ele faz dentro do Conselho (A5-gestora).

[...] a maioria é assim, eles vêm lá pra fins políticos mesmo (A6-usuária).

É quase que um trampolim político lá dentro, você percebe nitidamente, principalmente dentro do segmento dos usuários; [...] um vereador que eles são ligados, ou a um partido político [...](A7-trabalhador).

O que se denomina clientelismo político-eleitoral, presente nas falas citadas, na realidade é um dos traços da política tradicional brasileira, um *habitus* formado por disposições duráveis oriundas do patrimonialismo que persiste na nossa sociedade.

Esse patrimonialismo é um tipo de dominação na qual não há uma separação clara entre a esfera pública e a privada. Deve ser visto como parte do processo de formação do Estado brasileiro, um tipo de domínio revelador de que a

expropriação dos bens e meios de gestão – de propriedade privada – não se completou; ao contrário, deu origem a um aparelho de Estado em que os meios administrativos e de gestão são, frequentemente, objeto de apropriação movido por interesses particulares ou privados⁵.

É essa estrutura patrimonialista que está na base do clientelismo, do favoritismo e mesmo da improbidade na política, no período da recente democracia brasileira.

Embora alguns conselheiros apresentem disposições do *habitus* da política tradicional ou patrimonial, a grande maioria possui disposições do *habitus* informacional e político com potencial para contribuir na (re) construção do *habitus* coletivo da participação social na política de saúde, conforme as conquistas constitucionais que instituíram o controle social.

Esse *habitus* coletivo, em âmbito nacional, reflete também o protagonismo que lideranças acadêmicas, políticas e movimentos sociais da cidade de Londrina tiveram no período compreendido entre o final de década de 1970 até início da década de 1990 na organização e na implementação do SUS e no controle social na esfera municipal. Nessa mesma direção, um dos entrevistados relatou a importância que os Conselhos Locais de Saúde (CLS) tiveram na organização e participação da população no Conselho.

Assim, quando nós tínhamos Conselhos Locais de Saúde, parece-me que não, mas o Conselho era mais representativo, o Conselho ele era mais ligado, o controle social era mais ativo, porque o controle social partia lá de onde tem que ser partido, lá, onde se entra, que é na nossa atenção básica [...] (A3-trabalhador).

Assim, quando se avalia a força do movimento social na política de saúde, tem-se, como exemplo, o envolvimento da comunidade não só nos CLS, mas também no próprio CMSL. Essa história da participação de componentes dos conselhos locais e regionais de saúde do município foi crucial para a implantação da gestão plena do sistema municipal de saúde e alavancar o processo de municipalização dessa política em nível local.

A importância de conselheiros dotados de capitais políticos, advindos da participação social, remete à história do Conselho, o campo onde os agentes acumulam ainda mais capitais. Sobre esse processo, A1 (prestador) observa a importância de uma militante que se projetou nacional e internacionalmente no âmbito do controle social: “Em Londrina, felizmente, a gente já teve alguns usuários muito qualificados, eu vou citar a X, ela não está mais no Conselho, mas é uma pessoa com conhecimento e que representava muito bem os usuários”.

⁵ Max Weber (1944) define o patrimonialismo como um tipo de dominação intermediário entre o Feudalismo e o Estado Moderno, apresentando elementos de dominação tradicional, com base no poder patriarcal, e elementos incipientes do poder racional e burocrático. Analisa detalhadamente o processo de formação do Estado Moderno, fundamentado na expropriação dos bens e meios de gestão necessários ao governo, até então nas mãos de particulares, em especial dos proprietários de terra, mas que detinham também edificações, meios de transportes, efetivos militares etc., concentrando-os nas mãos de uma burocracia estatal em formação.

A expectativa da participação de representantes da sociedade organizada nos espaços institucionais de controle social surge como possibilidade de reversão do papel centralizador dos governos no planejamento e execução das políticas públicas no Brasil. A partir de maior tensão da sociedade para com o Estado, as ações tendem a ser mais transparentes e mais propensas ao controle da sociedade (TATAGIBA, 2002).

No entanto, no período da pesquisa, identificou-se uma diminuição substancial da participação da população nas reuniões do Conselho. Ao serem indagados sobre as razões, os entrevistados responderam: “*Não tem participação nenhuma [...] a representatividade é mínima, não sabem a importância que eles têm enquanto usuários [...] de estar ali pra pressionar*” (A5-gestora). Sobre a mesma questão, A4 (trabalhadora) considera: “[...] *ainda não identificam como um espaço de negociação, um espaço até de ser ouvido, acho que ainda não faz parte dessa cultura de ir lá pra cobrar alguma coisa, o povo até vai, mas quando tem já alguém que está orientando*”.

Tanto A5 (gestor) como A4 (trabalhador) entendem que, apesar de ter havido mobilização e participação nos momentos iniciais de instauração da política de saúde em Londrina, atualmente observa-se uma desmobilização. Uma das prováveis explicações para isso pode estar relacionada aos efeitos das mudanças ocasionadas pelo neoliberalismo que reduziu recursos para as políticas sociais e que arrefeceu os ânimos da militância, em especial, as dificuldades próprias do CMSL que, como se viu, está sujeito à lógica de um campo concorrencial e relacional.

Existem também entrevistados que abordam questões aparentemente menores, mas que são igualmente determinantes para essa baixa participação, como desconhecimento de como funciona o Conselho, falta de divulgação da data e horário de reuniões das plenárias.

[...] pela falta de divulgação e também pelo usuário, ele não se acha empoderado para participar [...] 13h30 da tarde numa quarta-feira, quem pode vir? O trabalhador que está sofrendo lá as consequências de uma [política de] saúde ruim? O trabalhador não é liberado para participar da reunião, o usuário muito menos (A7- trabalhador).

[...] falta de divulgação eu acho, e outra, muita gente reclama de não ser à noite, de ser à tarde [o horário das reuniões] (A8-usuário).

De forma contrária à atual situação de ausência da população nas reuniões do Conselho, já se presenciou a força da pressão popular em diferentes momentos da história do CMSL. A título de ilustração, pode-se citar o ano de 2011, período em que ocorreram intensos debates, tanto no espaço do Conselho como na Câmara de Vereadores, contra a aprovação de projetos de lei que visavam à criação de Organizações Sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado na cidade de Londrina, cujo objetivo era a privatização da saúde. A força da organização popular do Conselho, somada a outras formas de participação, como o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública, foi decisiva na derrubada desses projetos.

[...] se não fosse o papel do Conselho pressionar e se posicionar, hoje nós teríamos uma privatização maciça da saúde que é o que acontece em Curitiba, aconteceria aqui em Londrina e só não aconteceu com a participação do Conselho (A2-usuário).

Vê-se, portanto, que o CMSL se destacou em questões importantes, como a apresentada, resistindo à privatização do sistema público de saúde. Mesmo enfrentando as dificuldades apontadas anteriormente, mostra-se como instância de gestão que reúne pessoas comprometidas com o controle social e com a defesa dos interesses coletivos.

No depoimento de A2 (usuário), percebe-se que alguns agentes de posse de capitais técnicos e políticos têm desenvolvido um novo *habitus*, que contém e atualiza o *habitus* fundador da Reforma Sanitária e do controle social.

Nós hoje conseguimos colocar o controle social na formulação de um Plano Municipal de Saúde, hoje há uma participação [...]. Nós sentamos com técnicos, não todo Conselho, mas os conselheiros conscientes, que são poucos, eles participam de Comissões e trabalham isso, estudam, entendem o seu papel.

Essa fala demonstra que a existência de agentes dotados desse *habitus* serve como princípio operador da prática e das discussões nas plenárias, fundamentos da participação direta. Como se sabe, a força política da democracia participativa será proporcional à sua capacidade de pautar os temas do interesse coletivo presentes no âmbito das cidades, dos estados ou do país, incluindo os assuntos referentes à macropolítica e ao desenvolvimento econômico e social, que são determinantes sobre a saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que o CMSL se afigurava como campo de poder, a escolha da teoria de Pierre Bourdieu mostrou-se pertinente ao seu entendimento a partir de ações pautadas por posições de agentes numa disputa relacional e concorrencial. Essa perspectiva possibilitou visualizar que a efetivação do controle social não depende apenas da representação política e da mobilização que a antecede, mas também do enfrentamento de questões aparentemente menores que compõem um sistema fugidio e que muitas vezes não se mostra próprio do que, teoricamente, se conceituou como poder simbólico, que se apresenta, às vezes, emaranhado aos trâmites burocráticos e às estruturas de distinções.

Como resultado da análise empreendida acerca do Conselho, na perspectiva bourdieusiana, identificou-se a importância da detenção de capitais por parte dos agentes que atuam no campo, sobretudo o informacional.

A existência de um *habitus* coletivo, historicamente construído, baseado nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e que serviram de base para a criação do SUS, é a referência dos agentes que compõem o campo dos vários

segmentos: usuários, trabalhadores, prestadores e gestores, uma vez que os coloca num processo de interiorização e exteriorização desses princípios, criando uma inter-relação entre matrizes adquiridas de conduta individual com essa dinâmica relacional que caracteriza o CMSL.

Enquanto o *habitus* coletivo expressa princípios e valores democráticos e republicanos, por vezes, sua consolidação é dificultada por *habitus* da política tradicional brasileira marcada pela dominação patrimonial que inibe o fortalecimento da democracia participativa e do efetivo controle social.

Contudo, o estudo realizado apontou que o CMSL, enquanto campo relacional de disputas, em diversos momentos foi atuante e conseguiu exercer o controle social da política pública, notadamente no período em que os poderes Executivo e Legislativo tentaram impor a privatização na política de saúde municipal.

Ainda que com inconsistências, os conselhos municipais de saúde têm sido um dos importantes espaços de participação para a democratização da gestão das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. **Sobre o estado**: cursos no College de France (1989-92). São Paulo: Companhia de Letras, 2014.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1994. p. 46-81.

BURAWOY, M. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas: Ed. Unicamp, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília (DF), 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set. 2011.

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

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 set. 2011.

LAHIRE, B. **Retratos sociológicos**: disposições e variações individuais. Tradução Didier Martin e Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. São Paulo: ARTMED, 2004.

MENEZES, J. S. B. O conselho nacional de saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 253-272.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1588-1598, jul. 2008.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p.7-29.

NARCISO, A. M. S. **O Conselho Municipal de Saúde de Londrina**: um campo relacional de disputas. 2016.185 f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - UEL, Londrina, 2016.

SOUZA FILHO, R. **Gestão pública e democracia**: a burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

WACQUANT, L. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma Nota Pessoal. Tradução de Adriano Nervo Codato e Gustavo Biscaia de Lacerda. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, p. 95-110, nov. 2002.

WACQUANT, L. Esclarecer o Habitus. **Educação & Linguagem**, v. 10, n. 16, p. 63-71, 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/viewFile/126/136>. Acesso em: 9 jan. 2016.

WEBER, M. **Economia y sociedad**: esbozo de sociologia comprensiva. México: Fondo de Cultura Economica, 1944.

Argéria Maria Serraglio NARCISO trabalhou na concepção, no delineamento, na análise dos dados e na redação do artigo.

Graduação em Serviço Social (1986). Mestrado em Serviço Social e Política Social pela UEL (2003). Doutorado em Serviço Social e Política Social pela UEL (2016). É assistente social do Hospital Universitário de Londrina desde 1988, e desde então atua no Programa de Aids da instituição na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids. Integra desde 1987 o Grupo de Assistentes Sociais da Saúde de Londrina e Região (GRASS) exercendo no momento a coordenação deste grupo organizativo da categoria profissional.

Márcia PASTOR contribuiu no delineamento e na revisão crítica do artigo.

Assistente Social. Doutora e Pós-Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP.
