

# Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade<sup>1</sup>

Councillors Users of the Municipal Health Council of Belo Horizonte: social characteristics and representativeness

## Sílvia França Santos

Mestre em Odontologia. Capitão Dentista da Polícia Militar de Minas Gerais.

Endereço: Rua Senador Pena, 39, apt 11, Fabrício, CEP 38010400, Uberaba, MG, Brasil.

E-mail: silviafrancas@yahoo.com.br

## Andréa Maria Duarte Vargas

Doutora em Epidemiologia. Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social e Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Rua Primeiro de Março, 176, CEP 30315-190. Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: vargasnt@task.com.br

## Simone Dutra Lucas

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta III do Departamento de Odontologia Social e Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Rua Desembargador Tinoco, 196, apt 501, Monsenhor Mesisas, CEP 30270-480, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: sdlucas@uai.com.br

<sup>1</sup> O presente trabalho foi baseado na dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

## Resumo

A preocupação com os representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Conselhos Municipais de Saúde é uma realidade, pois mesmo com todo aparato jurídico que garante a paridade com relação aos demais membros, não se pode garantir a representatividade de sua participação. O objetivo desta pesquisa foi conhecer os Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, suas características sociais, bem como sua relação com a base que representa. Foram aplicadas técnicas de pesquisa quantitativa para conhecer as características e qualitativa para avaliar o relacionamento com a base. Quanto às características encontradas, observa-se que os conselheiros são na maioria homens, aposentados e com baixa escolaridade. Os mandatos repetem-se sugerindo profissionalização dessa categoria. O relacionamento com a base apresenta limitações, principalmente quanto à comunicação, e, ao que tudo indica, a educação continuada dos conselheiros pode ser uma solução para esse problema.

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde; Participação dos usuários; Representação.

## Abstract

The concern about the representatives of the users of SUS (Brazil's National Health System) in Municipal Health Councils is a reality, because even with all the legal apparatus that guarantees parity with regard to the other members, it is not possible to guarantee the quality of their participation. The objective of this research was to learn who the Councillors Users of the Municipal Health Council of Belo Horizonte are, their social characteristics, as well as their relation with the base they represent. Quantitative research techniques were applied to learn the characteristics, and qualitative techniques were employed to evaluate the relationship with the base. Regarding the characteristics, it was observed that the majority of the Councillors are retired men with low level of schooling. The terms of office are repeated, suggesting professionalization of this category. The relationship with the base has limitations, mainly concerning communication, and it seems that the continuing education of the Councillors to work adequately with their base may be a solution to this problem.

**Keywords:** Health Councils; Users' Participation; Representation.

## Introdução

O cenário político social no fim da década de 1970 foi marcado por movimentos sociais que, segundo Adorno (1992), ao mesmo tempo que apresentavam caráter de protesto e rejeição às formas dominantes da sociedade, expressavam oposição ao Estado, reivindicavam espaços na burocracia pública, como a busca de incorporação de direitos. As lutas populares no setor saúde aconteceram em várias cidades brasileiras, a população organizou-se no âmbito dos bairros e contava com participantes de diversos segmentos da sociedade, como moradores de bairros e favelas, integrantes de movimentos de mulheres, sindicatos, movimentos de donas de casa, com o apoio de correntes políticas de oposição ao regime vigente (Dallari e col., 1996).

Ainda no final da década de 1970 e início de 1980, os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, e tanto sindicatos e partidos políticos como também intelectuais, médicos e lideranças políticas adotaram uma postura crítica ao modelo vigente, também denunciando as más condições de vida da população (Soares e Motta, 1997).

Surgia, então, o Movimento Sanitário em defesa de uma Reforma Sanitária que preconizava a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática. Assim, os anos 1980 trouxeram uma complexidade crescente nas interações dos movimentos com os órgãos públicos, vinculando ideologicamente a política às necessidades e seus condicionantes estruturais, negando-se a dissociar as causas socioeconômicas e culturais dos problemas da saúde (Jacobi, 2002).

Esses debates e mobilizações sociais influenciaram de maneira efetiva a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando foram discutidas a participação popular na saúde, a equidade, a universalização do sistema de saúde e a integralidade da atenção, que são os princípios da Reforma Sanitária (Soares e Motta, 1997). A VIII CNS é considerada divisor de águas na história das políticas de saúde no Brasil (Lucas e Campomizzi, 1998). Essa Conferência, além de contar com grande número de participantes, representantes de diversos segmentos sociais e políticos, privilegiou o pensamento hegemônico sanitário-oposicionista.

O capítulo da saúde da Constituição de 1988 é, em grande parte, fruto das deliberações da VIII CNS, que, em seu relatório final, recomendava a participação da população na formulação das políticas de saúde, no planejamento da gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde e no controle do sistema pela sociedade organizada. Como estratégia para se alcançar esses objetivos, enfatizava a ampliação do controle das instâncias de coordenação das Ações Integradas de Saúde, a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, a formação de Conselhos em nível local, regional, municipal e estadual compostos de diversos segmentos (Lucas e Campomizzi, 1998).

O arcabouço jurídico legal para o funcionamento desses Conselhos de Saúde encontra-se na Constituição de 1988, no artigo 198, da seção II, que aborda a participação da comunidade como diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS); na Lei n. 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde, na Lei n. 8074 - Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei n. 8142/90, que normatiza os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas no âmbito da saúde. As referidas leis atribuíam aos Conselhos de Saúde o caráter permanente e deliberativo, garantindo a participação e o direito ao voto a todas as categorias. Os participantes deveriam ser oriundos do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, devendo ser paritários, sendo 50% representantes dos usuários.

A resolução n. 333/03 do Conselho Nacional de Saúde é o documento que orienta a organização e atuação dos conselhos em todo o Brasil. Contudo, a participação dos conselheiros usuários é ainda considerada objeto de preocupação, apesar do funcionamento de mais de 5.500 Conselhos de Saúde, ou seja, na totalidade dos municípios brasileiros, além das 27 Unidades da Federação (Labra e Figueiredo, 2002).

O controle social, como foco da ação dos conselhos, passa a ser largamente considerado como possibilidade de ampliação da cidadania, principalmente nos aspectos relacionados à construção da democracia (Silva, 2008).

Segundo Gonçalves e colaboradores (2008), os conselhos de saúde devem ser mecanismos e instâncias de participação que garantam a presença de diversos segmentos da sociedade e o espaço faci-

litador para a efetivação e consolidação da política de saúde, sendo um parceiro do poder executivo na formulação e deliberação da política de saúde.

No entanto, Giacomoni (1995) afirma que a garantia legal da participação da comunidade na gestão das ações e serviços de saúde por si só não garante o desempenho dos Conselhos de Saúde, uma vez que estão na dependência de questões que envolvem diretamente a cultura do exercício da democracia por parte dos cidadãos, a concepção ideológica de gestão dos governantes e a vontade política da comunidade participar.

Demo (2001) lembra, também, que a participação é um processo de conquista, pois nunca está completo ou acabado e deve, assim, ser considerado um dos eixos fundamentais das políticas sociais, principalmente quando se trata de espaços de participação “que não caíram do céu”, mas foram conquistados.

Com a intenção de conhecer a participação de conselheiros usuários, em Conselhos Gestores, diversas pesquisas têm sido realizadas. Os temas abordados são bem variados, e os conselheiros usuários são questionados quanto a seu papel político, sua representação, escolha, atuação e participação nos processos decisórios. Também tem sido objeto de estudo a relação dos conselheiros usuários com sua base, que são os usuários do SUS dos diversos municípios brasileiros, das associações, das entidades específicas e dos movimentos populares (Labra e Figueiredo, 2002; Figueiredo, 2001; Lima, 2001; Pessoto e col., 2001; Gerschman, 2004).

Em Belo Horizonte, após a realização da III Conferência Municipal de Saúde, em novembro de 1990, foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), regulamentado através da Lei n. 5.903, de 3 de junho de 1991. De acordo com essa lei, o Conselho Municipal deve ser composto de 28 (vinte e oito) membros, com mandato de dois anos, indicados pelos diversos segmentos envolvidos: governo, prestadores de serviços na área de saúde, trabalhadores de saúde, entidades formadoras de Recursos Humanos na área de saúde e usuários do SUS do município, de forma paritária.

De acordo com o Regimento Interno modificado pela Lei n. 7.536, de 1998, Cap. III, artigo 5º e 6º, o Conselho Municipal é composto paritariamente de: 18 (dezoito) representantes dos usuários, nove

representantes dos serviços públicos e privados e nove representantes dos trabalhadores em saúde do SUS no município, somando 36 participantes.

Este estudo propõe conhecer as pessoas que representam os usuários no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte e como esses agentes percebem sua interação com a base que representam, como explicam os motivos que o levaram a participar do conselho e o que têm feito para envolver outras pessoas no processo.

## Material e Método

Este estudo foi constituído com base em um desenho metodológico, que empregou técnicas de pesquisa quantitativa, com aplicação de questionários estruturados, e técnica de pesquisa qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas.

O questionário estruturado foi utilizado para se conhecer as características sociais dos Conselheiros Usuários, os 18 Conselheiros foram convidados, e 17 participaram.

O questionário estruturado adaptado de Labra e Figueiredo (2002) possuía dezesseis questões e quatro delas contemplavam características pessoais dos conselheiros: sexo, idade, grau de instrução, situação trabalhista. As outras questões avaliavam a relação do conselheiro com o conselho e seu associativismo através de dados, como: ocupação de cargo de direção, número de mandatos no conselho, tipo de associação a que pertence e o tempo, participação e atividades em outros conselhos, como se tornou membro, outros segmentos que já representou, perspectivas futuras, e fontes de informação mais utilizadas sobre a cidade que vive. Para a adequação do questionário, ele foi aplicado em cinco adultos, com características semelhantes à população a ser avaliada. Após intervalo de 15 dias, feitas as correções, o questionário foi reaplicado, e, após as adequações, obteve-se o modelo final.

Para a realização das entrevistas foram sorteados quatro conselheiros usuários, representantes de distritos sanitários regionais de Belo Horizonte ou movimentos sociais, com o intuito de conhecer a relação do Conselheiro com os usuários do SUS.

As entrevistas seguiram um roteiro contendo perguntas que nortearam a dinâmica. Após as grava-

ções, as entrevistas foram ouvidas e transcritas para a realização da tematização. Os temas identificados foram: motivação para participação, representatividade (processo de eleição dos líderes, relação com a base e ações que a estimule na construção de postura participativa) e tempo de mandato. Os dados foram analisados, segundo Minayo (1996), através da categorização dos temas. Esse projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética na Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e foi aprovado sob o número 0030/06.

## Resultados e Discussão

As características dos Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte estão apresentadas na Tabela 1

Como se pode observar, houve predomínio de homens, em faixa etária mais avançada, com baixo grau de instrução e aposentados. Eram representantes de vários segmentos da sociedade e exerceram a atividade há mais de um mandato, 41,2% estavam no segundo mandato, 35,3% estavam no terceiro a quinto mandato. Desses Conselheiros do CMS de Belo Horizonte, 82,4% relataram que suas associações também indicam conselheiros para outros conselhos, e a principal forma de escolha dos conselheiros foi através da eleição. Nesse sentido, ser conselheiro pode se tornar profissão, uma espécie de carreira (Bahia, 2008).

Outro ponto importante, de acordo com Figueiredo (2001), é o associativismo, ou seja, o engajamento do conselheiro em associações diversas, sejam partidárias, religiosas, culturais, filantrópicas, desportivas, entre outras. Dos Conselheiros do CMS de Belo Horizonte, 82,45% participavam de algum tipo de organização, 35,4% participavam de organizações partidárias, 29,5% de organizações religiosas e 41,3% de mais de um tipo de organização. Esses resultados apontam uma participação ativa em organizações sociais e mostram, também, que há várias associações por trás dos conselhos e que a participação é crescente, do micro para o macro. Assim, participar do conselho é uma consequência possível para pessoas que se engajam nessas associações ou organizações. Ao final do atual mandato, 76,5% afirmaram pretender fazer parte de outro con-

**Tabela 1 - Número e Proporção (%) dos Conselheiros Usuários segundo características principais. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2007**

	Número (n = 17)	Porcentagem
<b>Características sociais</b>		
Sexo masculino	11	64,7
Idade acima de 55 anos	10	58,8
Possuem até o 9º ano do ensino fundamental	9	52,0
Aposentado	13	76,5
<b>Setores da sociedade representados</b>		
Conselhos regionais de saúde	8	47,0
Entidades de movimentos populares	3	17,6
Associação de moradores de bairro	2	11,8
Associação de portadores de patologias	2	11,8
Entidades de aposentados	1	5,9
Associação de movimento de mulheres	1	5,9
<b>Números de Mandatos</b>		
1 mandato	4	23,5
2 mandatos	7	41,2
3 mandatos	2	11,8
4 mandatos	1	5,9
5 mandatos	3	17,6
<b>Indicação para outros Conselhos</b>		
Associações que indicam conselheiros para outros conselhos	14	82,4
Conselheiros que já foram indicados para outros conselhos	14	82,4
<b>Forma de Indicação para os Conselhos</b>		
Eleição nas Associações/Entidades/Regionais	10	58,8
Indicação, sem eleição nas Associações/Entidades/Regionais	5	29,4
Conselheiros que já ocuparam cargo de direção nas suas Associações/ Entidades/ Regionais	12	70,6
<b>Associativismo</b>		
Conselheiros que participam de algum tipo de associação	14	82,4
Conselheiros que participam de organização partidária	6	35,4
Conselheiros que participam de associação religiosa	5	29,5
Conselheiros que participam de mais de um tipo de associação	7	41,3
<b>Pretensões ao final do mandato</b>		
Fazer parte de outro conselho	13	76,5
Realizar trabalhos filantrópicos	4	23,5
<b>Meios de informação sobre a cidade utilizados</b>		
Televisão	10	58,8
Jornais	9	52,9
Amigos e familiares	6	35,3
Rádio	6	35,3

selho, e ninguém respondeu pretender abandonar as atividades de representação.

As fontes de informação que mais utilizaram para se atualizar foram televisão, jornais, rádios e através de amigos e familiares. A televisão tem ocupado uma posição cada vez mais destacada na vida das pessoas como fonte de informação e de entretenimento e quando se trata de política, as fontes de informações que mais se prestam são os meios de comunicação de massa, pois são os mais acessíveis e baratos, segundo Miguel (2002).

Quanto às entrevistas, os resultados serão apresentados conforme temas identificados. O primeiro tema trabalhado será a motivação para a participação, o segundo tratará da representatividade, dividida em três categorias de análise: o processo de escolha dos conselheiros, seu relacionamento com a base e a forma como a motiva a participar. A questão sobre renovação de mandatos comporá o terceiro tema.

## Motivação

Ao avaliar a motivação para participar, procura-se compreender o que motiva o sujeito inserido em determinada comunidade a ter um comportamento que se traduz na preocupação em buscar soluções para problemas coletivos, em espaços públicos de participação.

A motivação é considerada, do ponto de vista da psicologia, como o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os à ação. Segundo Teoria Motivacional de Maslow (Tadin e col., 2005), para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, e o resultado encontrado está relacionado não só com os estímulos, mas também com a carga que cada indivíduo carrega consigo. Assim, de acordo com esses autores, a motivação é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico, podendo esse impulso à ação ser provocado por um estímulo externo (provindo do ambiente) ou também ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo.

Os resultados encontrados mostram as duas realidades, existem motivos coletivos, que são capazes de sensibilizar o sujeito em prol de uma ação que

beneficiará a todos, e motivos pessoais, que, ao motivar a participação de determinado sujeito, acaba beneficiando o coletivo. As falas a seguir ilustram a motivação coletiva para a participação:

*[...] o que motiva a gente hoje lá na ponta, lá no bairro é a própria organização que tem lá, e a necessidade do povo, a necessidade da comunidade que a comunidade é muito carente de informação. (sujeito 1)*

*[...] é pelas dificuldades que a gente vê e a falta de informação que as pessoas têm dentro dos posto médico, que é demais, é muito desencontro e muitas das vezes até os funcionários ficam sem saber como explicar para eles porque é bem difícil. As decisões que são tomadas dentro da Secretaria até chegar no centro de saúde que é a base. (sujeito 2)*

Motivos pessoais também podem mobilizar e despertar sentimentos e atitudes em busca da solução. A habilidade do ser humano em tomar o destino em suas mãos e construir a autonomia é uma postura positiva, contribui para a transformação em sujeitos críticos e criativos capazes de construir democracia (Demo, 2006), como pode ser observado nos trechos abaixo:

*[...] Então, aí foi uma história. Eu tenho um filho que tem um problema sério de saúde, então eu tive que buscar orientação como é que eu conseguia uma medicação que na época era muito cara. Essa necessidade que eu tive com meu filho é que me fez conhecer os Conselhos de Saúde e, aí me fez conhecer também os meus direitos, os meus deveres e daí eu comecei participando e desenvolvendo também a minha cidadania, como pessoa contribuindo e somando e aprendendo, principalmente. (sujeito 2)*

*[...] porque eu tinha um problema com meu filho na escola e eu não sabia como resolver as questões da escola. Então eu comecei a participar dos movimentos escolares que é o colegiado, associação de pais e outras coisas que tinha na escola e comecei a participar para mim entender [...] Depois eu vim para a saúde porque o movimento da saúde é mais complexo: ele dá a oportunidade a você de fazer essa interligação entre outros Conselhos. (sujeito 1)*

## Representatividade

O tema representação é considerado muito controverso e ainda se buscam mecanismos para garantir a participação paritária igualitária, bem como a idoneidade dos representantes usuários (Labra e Figueiredo, 2002). A representatividade está relacionada ao fato de as lideranças serem escolhidas por eleição, com chapas concorrentes, com regras transparentes. As eleições devem ser livres, sem cartas marcadas, sem vitalicidades e sem manobras (Demo, 2001).

Em Belo Horizonte, as eleições seguem o caminho da indicação de candidatos em Conferências Distritais, conforme o Capítulo IV do Regimento Interno, modificado pela Lei n. 7536 de 1998, que trata das indicações e substituições dos Conselheiros. De acordo com o artigo 9º, os membros titulares e suplentes do movimento popular das regiões de Belo Horizonte serão indicados em assembleias, acompanhadas por representantes designados pelo CMS-BH, conforme relato dos conselheiros:

*[...] É o seguinte: eu vim lá de trás, ou seja, a hierarquia é a seguinte: começa com as comissões locais, que são nas Unidades Básicas de Saúde, aí você começa a participar desses movimentos e depois você vai pro distrital e do distrital tem as Conferências de Saúde que você é ou não indicada para fazer parte do Conselho Municipal [...] e o meu nome foi um dos indicados. (sujeito 3)*

Pode-se observar que a imagem do candidato é construída desde a base em Conselhos Locais e Distritais de Saúde. Não há formação de chapas, pois esse não é um requisito para a eleição, as pessoas mais envolvidas nos trabalhos das comunidades têm a indicação do seu nome:

*[...] O processo foi através da comunidade. Nós estávamos lá, lançando liderança na comunidade, e aí a regional chamou a gente e aí eu fui conselheiro e tenho um trabalho muito bom lá na regional. E aí eu fui na discussão política da regional e eu fui o escolhido, porque eu tinha muito contato, um trabalho muito grande. (sujeito 4)*

*[...] Eu vim de comissões locais de saúde, onde eu participei de várias atividades. Lá como presidente do Conselho eu fiz um trabalho muito bom. Eu*

*cheguei à presidência do Conselho Distrital e a partir daí eu desempenhei um trabalho que foi formar comissões locais. É então desse trabalho, muita repercussão, passei a ser conhecido. (sujeito 2)*

Esse processo seria positivo por permitir ao conselheiro adquirir familiaridade com os complexos assuntos do SUS, o que leva tempo e requer dedicação. Labra (2008) relata, após estudo na cidade do Rio de Janeiro, que o perfil ideal de um conselheiro está predominantemente associado a traços pessoais, como ser participativo, equilibrado, lutador, propositivo, religioso, ético, culto, informado, ter facilidade de palavra e ser popular na comunidade.

Os resultados mostram que a escolha dos representantes dos usuários atende à legislação atual, contudo Pessoto e colaboradores (2001) também chamam a atenção para a real dimensão da representatividade desses conselheiros, pois ainda não se conhece a proporção de interesses expressos em determinada população que tenha um assento no conselho. No caso de Belo Horizonte, percebe-se pouca participação da comunidade na escolha dos conselheiros. Pelos relatos, o cidadão é convidado a participar do conselho local (nas Unidades Básicas de Saúde), se tem um bom desempenho e gosta do trabalho, passa para o conselho regional (Distrito Sanitário Regional) e depois pode ser indicado para o Municipal nas Conferências de Saúde.

Na verdade, os envolvidos nesses processos são poucos e os mecanismos utilizados para a eleição dos representantes têm pouca visibilidade, e isso pode comprometer a legitimidade, pois ela se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com sua população eleitoral e quanto mais próximo ele estiver de quem representa (Gerschman, 2004). De fato, o relatório da Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, já apontava a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade de formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde (Brasil, 2001, p. 45).

É desejável, portanto, que a relação do conselheiro com a sua base seja o mais próxima possível,

que o representante conheça e conviva com seu grupo, caso contrário pode correr o risco de ser um representante de si mesmo. Labra (2008) lembra muito bem que a posição de *status* que ocupam na comunidade, a longa permanência nos cargos de conselheiro, além dos privilégios derivados dessa posição, como o acesso a centros de poder político, constituem fatores suficientes para concluir que se trata de uma elite que se destaca dos demais cidadãos, o que pode dificultar a relação com a população que representa.

Demo (2001) relata que a autoridade deve ser delegada pela base que, portanto, tem o direito e o dever de exercer o controle democrático, apoiando seus representantes para resolver as questões de bem comum. O representante não pode ser alguém que tem dificuldade de representar a sua base, pois em todo mandato ele vai ter que deliberar sobre ações que não pensou antes e que muito menos o seu representado pensou (Lattaman-Weltman, 2008).

O envolvimento da comunidade com questões de participação e interação com os conselheiros ainda se configura no Conselho Municipal de Belo Horizonte como uma realidade distante de se efetivar. Há muitos empecilhos como a dificuldade na compreensão das informações sobre o SUS e os mecanismos de participação que são apontados pelos entrevistados como uma das maiores dificuldades. Alguns trechos das entrevistas mostram a informação como um grande dificultador da relação entre conselheiros e sua base:

*[...] Bom, eu acho que falta muita informação para a população em todos os aspectos, em todos os níveis: muita gente não sabe que existem os conselhos nem locais nem distritais e tão pouco municipal. (sujeito 3)*

*[...] essa informação, talvez, não é muito bem divulgada [...] se a gente conseguisse trabalhar dentro dessas unidades de saúde no sentido de educação para a saúde, para as pessoas serem cidadãs e estar implementando isso. (sujeito 1)*

*[...] eu tenho que tomar muito cuidado com as informações que eu repasso para as pessoas porque pode virar uma bola de neve. Então, a partir dessas informações, desses conceitos, a gente consegue traduzir, a gente consegue fazer*

*com que essas pessoas tenham um pouco de conhecimento. Mas eu acho que é muito difícil, a gente chegar com essas informações para essas pessoas: a maioria não quer receber esse tipo de informação. (sujeito 2)*

A questão da informação, como ponto crucial para se efetivar a participação de todos os envolvidos, é muito bem discutida por Guizardi e Machado (2005) quando esclarecem que realmente fica muito difícil participar em quaisquer instâncias da qual o sujeito não se percebe “agente de constituição e produção da política”. Assim, os modos pelos quais essas informações são produzidas e disseminadas têm sido ao longo da nossa história política território avesso à participação da população. Quem detém o poder de construir a informação e divulgá-la também tem o poder de considerá-la verdade, à revelia das demandas para quem foram construídas. No caso da saúde, as políticas acabam sendo criadas PARA e não COM os sujeitos, comprometendo todo o processo. Os conceitos são sempre carregados de noções técnicas, e há uma dificuldade muito grande na apropriação do conteúdo das políticas públicas.

Nesse sentido, a Resolução n. 333/03 define as diversas competências dos conselhos e, para que essas diretrizes sejam cumpridas, os conselheiros precisam de uma capacidade técnica que na maioria das vezes não possuem. Essa realidade tem levado os conselheiros a uma busca permanente por capacitações. A capacitação dos conselheiros é importante e desejável para que possam exercer suas funções. A possibilidade de fala dentro do conselho está diretamente relacionada com a escolaridade, ou seja, os conselheiros possuem poder de fala ou, ao contrário, calam-se em determinados contextos. Saliba e colaboradores (2009) relatam que após capacitação de conselheiros de municípios de pequeno porte do estado de São Paulo houve uma mudança na compreensão das suas funções e uma mudança de atitude na prática.

No entanto, conselheiros capacitados adquirem uma linguagem que precisa, muitas vezes, de tradução para ser entendida. Consideram sua base acomodada e sem interesse quando, na verdade, é a comunicação que fica comprometida e a carga histórica que permeia o comportamento da base não é compreendida. Então, a base reclama e desacredita

dos eleitos, aguardando o dia em que terá suas necessidades atendidas, pois sempre foi assim, ou seja, assim foi formada.

Em um estudo realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de distritos sanitários distintos de Belo Horizonte, constatou-se que 54,7% e 65% dos entrevistados, em cada unidade, sabiam da existência de reuniões em suas regionais, contudo, 70,3% e 81,7% respectivamente, afirmaram não participar (Melo e col., 2004). O exercício da representação requer organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gerar espaços de poder. Quando isso não ocorre, e esse espaço não é dinâmico, o interesse da comunidade nos Conselhos dilui (Gerschman, 2004). Muitas vezes, as pessoas sabem da existência dos espaços de participação, contudo não se envolvem.

O comprometimento nas relações, provocado pela dificuldade de disseminação das informações, acontece primeiramente no nível local. Para compreender essa dinâmica, os conselheiros foram questionados sobre o modo como fazem o intercâmbio das informações com sua base. Pode-se observar que eles procuram a população mais do que são procurados, tentam divulgar suas atividades, mas são muito criticados:

*[...] Existem duas situações: existe aquela que a gente é muito procurada para buscar a informação e existe aquela também que a gente não é procurada, a gente tem que estar mais levando. Às vezes a população é mais carente em todos os aspectos, tanto material quanto de informação, aí você tem que estar levando mais. (sujeito 2)*

*[...] tem um detalhe: as pessoas que estão na base a gente só vê quando as pessoas precisam de um remédio. Aí as pessoas falam assim: esse conselho não existe, essas pessoas não existem. Aí que você vê, você conhece as pessoas, qual a necessidade por essa informação. Muitas vezes, quando a pessoa chega no posto de saúde, e a receita dela a gente não consegue aviar, o que acontece: as pessoas arrumam uma forma de reclamar. Então, não é as pessoas reclamarem na hora, não. A pessoa tem que reclamar na hora sim, mas as pessoas acho que elas tinham que estar mais abertas para receber essa informação e geralmente não estão. (sujeito 1)*

Parece que a população acredita que os conselheiros existem para resolver seus problemas, e não compreende como funciona o sistema e o quanto é necessário o apoio da base. Parece evidente que quando há carestia material é possível que também aconteça a inabilidade de saber pensar, o que acaba impedindo o indivíduo de se tornar um sujeito crítico, capaz de reagir e participar. Essa postura contribui para uma situação em que o indivíduo se entende como receptor e não como produtor, depositando suas expectativas em outras pessoas que tenham o papel de líderes. É importante lembrar, porém, que a educação no sentido amplo pode contribuir para burilar o saber e o pensar a ponto de contribuir para a constituição de sujeitos capazes de mudar a sua história (Demo, 2006).

Devido ao contexto histórico que permeia a dinâmica da participação da sociedade civil na manutenção de espaços políticos públicos, seria ingenuidade acreditar que a atitude dos conselheiros, por si só, pudesse promover uma mudança drástica em sua comunidade. Contudo, ao se verificar que esses sujeitos desenvolveram habilidades para a construção de sua cidadania, é possível questioná-los sobre o que pode ser feito para mobilizar mais sua base, fomentando a participação.

*[...] Eu acho que falta mais oportunidade. Porque nós chegamos aqui, sentamos e ficamos, achamos que somos os donos da verdade. Nós somos muito egoístas muitas vezes aqui no conselho. Quando você chega, aqui no conselho não tem abertura, você tem que fazer ela, é um jogo difícil e você precisa ser muito estrategista. E, às vezes, a pessoa recua por causa disso, porque sente a dificuldade. (sujeito 4)*

*[...] Todos os momentos são momentos de informar, de divulgar que é bom, que é interessante, que tem muitas coisas que assim, a gente acha que deixa a desejar, a serem feitas pelos gestores, mas muitas coisas boas estão sendo feitas pelos gestores. É porque as coisas ruins, elas têm mais facilidade para serem divulgadas, mas nós que estamos no meio da saúde, bem integrados, a gente sabe que tem muitas coisas positivas sendo feitas. (sujeito 1)*

*[...] Que a gente conseguisse, no momento, não sei*

*qual que é o momento, sensibilizar os idosos que são os aposentados, [...] Se a gente conseguisse trazer o jovem que está perdido por aí, porque às vezes ele não tem nada para fazer [...]. Só que isso, as pessoas hoje pensam muito financeiramente, está entendendo? Então: “eu não vou fazer porque eu não vou receber nada”, está entendendo? (sujeito 2)*

De acordo com os conselheiros, o envolvimento da base para a participação passa pela divulgação das atividades do conselho, pela disseminação de informação. Existe uma percepção quanto aos problemas que envolvem a comunicação, eles percebem que a comunidade não quer aquela orientação, mas não compreendem que talvez esteja sendo rejeitada pela dificuldade na compreensão. Assim, da mesma forma relatada em estudo de Labra (2008), a solução que os conselheiros encontram para atender as demandas é a forma individual, caso a caso, o que termina por favorecer as relações assimétricas de poder e subordinação existentes na sociedade como um todo.

Segundo Moreira e colaboradores (2008), uma das funções primordiais dos conselhos é tornar a sociedade mais bem informada sobre o que acontece no âmbito das políticas de saúde: dados epidemiológicos, funcionamento dos serviços de saúde, andamento das ações públicas, divulgação de resultados de licitações, dos preços cobrados por seus vencedores. Uma quantidade muito importante de informações que, se bem divulgadas, têm o potencial de tornar a população mais interessada em participar.

## Mandato

A taxa de renovação no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte em comparação com outros municípios é baixa, contando com apenas 23,5% de conselheiros cumprindo o primeiro mandato. De acordo com o Regimento Interno, é possível que o conselheiro tenha seu mandato renovado por mais dois anos consecutivos. Contudo, após dois anos de ausência ele pode se candidatar de novo.

Confirmando essa possibilidade, constatou-se que 35,3% dos conselheiros tem de três a cinco mandatos. Esses dados revelam que a experiência

e longa permanência nos conselhos levam a uma “profissionalização” do conselheiro nas atividades que desempenha (Labra, 2008; Delgado e Escorel, 2008).

Quando questionados sobre as taxas de primeiro mandato e de mandatos repetitivos, os conselheiros justificaram assim:

*[...] é, existe alguma coisa que eu ainda não descobri o que tanto faz as pessoas ficarem num lugar, e não dar oportunidades para outras, tem algum interesse em volta, as pessoas não olham as necessidades específicas, tem uns que ficam por causa de viagens, viagem tem diária, o conselho paga passagem, tem gente que vive disso, faz o seu próprio meio. É preciso renovar, é preciso ter outra mentalidade do conselho para que as coisas lá cheguem no distrito, cheguem na comunidade. Tem que ser multiplicador. Muitas vezes só olha o umbigo dele. (sujeito 4)*

*[...] Bom, eu tenho dois olhares para essa questão: e acho que tem aqueles que ficam porque são compromissados mesmo, porque entram, gostam, aprendem e não conseguem ficar sem isso aqui não. Parece até um certo vício positivo, saudável, no meu olhar. E outros não ficam porque encontram outros caminhos, eles descobrem outros caminhos. (sujeito 1)*

*[...] Nós temos uma deficiência muito grande dessas pessoas porque a gente não tem capacitação, então, de 80 até hoje, em termos de capacitação aqui no conselho foi muito pouco. Então, há grande necessidade de capacitar essas pessoas. Por que as pessoas antigas continuam no conselho? Por falta de outras pessoas que vêm representar, falta de divulgação dos próprios conselhos e por falta também de interesse das pessoas: a comunidade, quando você fala com as pessoas que vai participar de uma reunião de quatro, cinco horas, as pessoas não querem participar porque acham que é perda de tempo, está entendendo? E essas pessoas é que realmente seguram os conselhos, mantêm esses conselhos. (sujeito 2)*

Segundo Demo (2001), há líderes que ficam muito tempo no poder, seja por carisma ou por manipulações. No caso dos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não se pode

afirmar que esses sejam os motivos mais evidentes. Para evitar conclusões indevidas, é necessário que uma análise mais profunda seja feita. Contudo, alguns pontos encontrados nesta pesquisa podem dar pistas para a permanência desses conselheiros. A dificuldade com a informação, o fato de o conselheiro aprimorar sua linguagem e distanciar-se da base, a dificuldade quanto à sensibilização para o voluntariado, o pouco engajamento político, resultado de um passado de pouca abertura política, podem não formar uma reserva de sujeitos para proporcionar o rodízio. Assim, corre-se o risco de que esses conselheiros se “profissionalizem” e fiquem cada dia mais distantes de sua base.

Labra (2008) revela que há uma tendência à profissionalização do conselheiro nas atividades que desempenha após avaliação dos Conselhos de Saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Ela relata que esse fato pode ser positivo porquanto adquirir familiaridade com os complexos assuntos do SUS leva tempo e requer dedicação, mas o lado negativo fica por conta da democratização do conselho, que é assegurada pela cláusula estatutária que exige rotação no cargo a cada dois anos.

## Considerações Finais

Nessa discussão é importante não perder de vista a carga histórica que influencia sobremaneira a forma como a democracia é entendida e praticada em nosso país. Apesar da construção de uma postura crítica, participativa em tão pouco tempo de abertura política, deve-se evitar julgamentos e condenações. Não devemos interpretar que a nossa sociedade seja conformista ou indolente, porque concordamos com Demo quando diz que na verdade há todo um processo histórico de opressão, que ajudou a moldar uma postura de pouca participação, recebedora de seus direitos como benefício, tutelada, levada a essa postura por dominação.

Os resultados encontrados são discutidos à luz da participação, pois essa é causa e consequência da democracia. As características encontradas nos mostram uma maior participação de homens, com uma faixa etária elevada, com baixo grau de escolaridade e aposentados.

A grande participação desses conselheiros

em outras atividades associativas demonstra um perfil de pessoas que se dispõem a trabalhar para o coletivo. Os conselheiros estão de dois a cinco mandatos na atividade, além de já terem participado como conselheiros em outros conselhos que não o da saúde. Além disso, possuem como planejamento para suas vidas a continuidade das atividades de representação.

O fato que motiva a participação varia entre o pessoal e o coletivo, contudo a qualidade da participação não apresenta mérito diferenciado. A motivação, seja qual for, funciona como mola propulsora para o desenvolvimento de sujeitos críticos e participativos, que conseguem compreender o sentido da cidadania. A partir do momento que esses sujeitos vão em busca de soluções, se engajam em várias atividades, criando visibilidade. O trabalho é então reconhecido não apenas nas Comissões Locais, mas em todo o distrito. O coroamento acontece quando o conselheiro é então convidado para as eleições distritais, que acontecem de acordo com o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.

Após a eleição, mesmo com paridade garantida, surgem as dificuldades da representação, não só no ambiente do conselho, mas principalmente nas relações com sua base. As bases muitas vezes não sabem da existência dos conselhos, e mesmo quando sabem nem sempre participam. Motivá-los para a participação é um grande desafio dos conselheiros e o maior empecilho é a dificuldade com as informações.

A postura do estado, autoritário porém paternalista, que transforma demanda em assistência, que não dissemina uma cultura universalista, não contribuiu para formar sujeitos participativos que pudessem “tomar suas vidas em suas mãos”. Assim, observa-se uma minoria que participa em contrapartida de uma maioria que espera do Estado os seus direitos.

Os caminhos da participação são muitos, tendo a educação como abre-alas, mas ainda há muito passado nesse presente, sendo necessária essa compreensão para avançar. Enquanto isso, a participação fica restrita e os mandatos vão se repetindo.

Assim, para se discutir uma proposta que possa contribuir para a melhor dinâmica do processo da participação, é necessário compreender o que se espera da participação. No caso de Conselhos Gestores

de Saúde é importante ter em mente que a participação deve ser capaz de construir a autopromoção, ou seja, os sujeitos já envolvidos, ou não, devem ter condições de participar no levantamento dos problemas e no planejamento das políticas públicas de saúde, que beneficiam a si próprios. Essa postura rompe com a ideia de que o Estado é o único responsável pela saúde da população. Para o desenvolvimento dessa habilidade de participação é necessário promover uma revolução para se desprender do legado histórico opressor, e a educação é um dos caminhos. Para Demo, a educação tem como maior virtude ser um instrumento para a participação, pois educação que não trabalha a participação é deseducação.

Existem outras condições necessárias, mas estão sempre permeadas pela educação que são a própria noção de educação, como formação e não adestramento, a noção de autopromoção, a noção de sujeito social e não de paciente cliente, a noção de direitos e deveres, a noção de democracia, a noção de liberdade, igualdade e comunidade, a noção de acesso à informação, a noção de desenvolvimento de habilidades e outras.

Assim, considerando os aspectos relacionados à educação para a participação, pode-se acreditar em transformações no processo da participação, e isso é possível a todo o momento, em todos os ambientes de relações humanas.

## Referências

- ADORNO, R. C. F. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1 n. 2, p. 111-124, 1992.
- BAHIA, L. A institucionalização da participação social no Conselho Nacional de Saúde: entre a representação de interesses particulares e a universalização do direito à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 37-47, 2008.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. *O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/11\\_cns.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/11_cns.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2007.
- DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.531-540, 1996.
- DELGADO, M.; ESCOREL, S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 79-95, 2008.
- DEMO, P. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez, 2001.
- DEMO, P. *Pobreza política: a pobreza mais intensa da pobreza política*. Campinas: Armazém do Ipê: Autores Associados, 2006.
- FIGUEIREDO, J. E. S. A. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.
- GIACOMONI, M. E. H. *Participação social no Sistema Único de Saúde: estudo da participação das entidades no plenário do conselho estadual de Saúde do RGS - 1991-1993*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1995.
- GONÇALVES, A. O.; SILVA, J. F.; PEDROSA, J. I. S. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 96-105, 2008.
- GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 225-238.
- JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadã. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 443-454, 2002.

- LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 106-117, 2008.
- LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.537-547, 2002.
- LATTAMAN-WELTMAN, F. Democracia, representação, participação: pluralismo institucional. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 29-36, 2008.
- LIMA, J. C. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 29-39, 2001.
- LUCAS, S. D.; CAMPOMIZZI, J. B. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 51-80.
- MELO, L. Q. F.; SANTOS, S. F.; WERNECK, M. A. F. Estudo do processo de aplicação de um modelo de atenção em saúde na SMSA-PBH, segundo a linha do cuidado: o caso de dois centros de saúde, na visão dos seus trabalhadores e dos usuários neles atendidos. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v. 40, n. 1, p.73-85, 2004.
- MIGUEL, L. F. Os meios de comunicação e a prática política. *Lua Nova*, São Paulo, n.55/56, p.155-184, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MOREIRA, M. R. et al. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, 2008.
- PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.
- SALIBA, A. S. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.
- SILVA, J. O. Conselhos, controle social e racionalidade do Estado. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 118-127, 2008.
- SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, v. 6, p. 215-228, 1997.
- TADIN, A. P. et al. O conceito de motivação na teoria das relações humanas. *Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais On-Line*, Maringá, v. 2, n. 1, p. 40-47, 2005. Disponível em: <<http://www.maringamanagement.com.br/include/getdoc.php?id=113&article=43&mode=pdf>> Acesso em: 26 maio 2011.

Recebido em: 08/10/2009

Reapresentado em: 03/07/2010

Aprovado em: 28/04/2011